

**Editoriale**  
Serve ora una politica sulle dipendenze  
Pietro Fausto D'Egidio 1

**PER RIFLETTERE**

Il mercato delle droghe illegali diventa un'importante risorsa per il PIL. La lotta alla droga sarà sempre la cenerentola nei conti sanitari del Paese?  
Alfio Lucchini 8

**LA CRITICA DELLE IDEE**

Non solo Ser.T?  
Fulvio Fantozzi 10

**SAGGIO**

L'autonomia e le Patologie da Dipendenza. Disciplina o cultura? (con particolare riguardo alla differenziazione dalla Psichiatria)  
Emanuele Bignamini 14

**DALLE REGIONI**

Documento CEAL FeDerSerD Lombardia 22

**AREA CLINICA**

Disturbi della sfera affettiva nel giocatore patologico ed esperienza clinica  
Concettina Varango, Giuliana Ravizza, Claudio Filippi, Francesca Musarella, Federico Pigozzi, Antonietta Cataldo, Carolina Russo, Giancarlo Iannello 51

Il setting di gruppo. Informare e facilitare la motivazione al cambiamento nel percorso detentivo di soggetti con problematiche di dipendenza. L'esperienza del Servizio delle Dipendenze della USL Umbria 2 presso la Casa di reclusione di Spoleto (PG)  
Carlo Enrico Antonelli, Michelangelo Baccari, Gianni Casubaldo, Roberto Cruciani, Paola Giannelli 63

**AREA LEGISLATIVA**

I tossico/alcol dipendenti in area penale. Possibili modalità d'intervento alla luce delle recenti modifiche normative  
Marco Ferrario, Alfio Lucchini, 56

Riflessioni sulla prevenzione della recidiva delinquenziale nell'ambito dei percorsi di affidamento terapeutico previsti dall'art. 94 DPR 309/90  
Maria Laura Fadda, Elena Galliena 58

**LE RUBRICHE**

Contaminazioni  
Maurizio Fea 3

Ad maiora  
Raffaèle Lovaste 6

**RECENSIONI** 20

**FeDerSerD/DOCUMENTI**

Suggerimenti per un buon uso del DSM-5 (se proprio non se ne può fare a meno...) nella clinica delle Dipendenze  
Emanuele Bignamini, Edoardo Cozzolino, Carmela Costa, Michele Ferdico 70

# Mission

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



## Serve ora una politica sulle dipendenze

Se il tempo non viene usato per realizzare le azioni che servono non solo è tempo perso, ma è tempo in cui la realtà peggiora e i bisogni si fanno più stringenti.

Allo stesso modo, se il sistema viene lasciato a se stesso, si deteriora e, se non si fa nulla, degenera.

Il sistema dei Servizi per la prevenzione e la cura delle dipendenze vede un sistema abbandonato a se stesso, che sta peggiorando nel tempo.

*Assolutamente non possiamo aspettare altri 1.000 giorni!!*

Si dice che ci sono realtà più importanti di cui occuparsi, la disoccupazione, il debito pubblico, così come si dice che... ci sono troppi parlamentari.

Ma tra tutti costoro è possibile che il Governo non ne trovi nemmeno uno, responsabile e competente, a cui affidare il compito di aggiornare questo nostro Sistema?

A chi affidare il delicato compito di fare il punto su quanto costa in termini economici, di degrado e corruzione sociale, di incremento del potere della criminalità organizzata, il dilagare del consumo delle droghe e della cultura dell'eccesso?

Esiste un politico in grado di ascoltare gli operatori, i ricercatori, gli scienziati e le società scientifiche, le regioni?

Uno che sappia fare un bilancio costi-efficacia sugli interventi, che FeDerSerD ormai da "troppo tempo" propone?

Il "troppo tempo" pesa come un macigno proprio perché oggi il sistema è ancor più alle corde rispetto a quando abbiamo proposto e suggerito i provvedimenti necessari.

- **Acetaldeide ed Etanolo: piaceri e dolori del meccanismo d'azione dell'alcol**

*G. Muggironi, G.R. Fois, M. Diana*

- **Indagare il consumo di alcol con i Social Network. Un nuovo modo di fare ricerca?**

*C. Zulli, A. Federico, L. Gaeta, A. Del Prete, M. Dallio, M. Romano, C. Loguercio*

- **Addiction Research Report. Progetto 'Alcol, meno è meglio': risultati di un programma italiano di prevenzione per la riduzione dei consumi pro-capite basato su un approccio di comunità**

*Emanuele Sorini, Vincenzo Bagnardi, Davide Di Salvatore, Valentina Assi, Giovanni Corrao, Renzo De Stefani & Collaborative 'Alcohol, less is better' Group*

**Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno V, n. 17**

# Mission

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

**FrancoAngeli**

**ANNO XII, 2014 - N. 41**

**Fe Der Ser D**

**Proprietà: Fe Der Ser D**

**Sede legale**

Via Giotto 3, 20144 Milano

**Comitato di Direzione**

Pietro Fausto D'Egidio, Felice Nava, Guido Faillace, Alessandro Coacci, Alfio Lucchini, Giancarlo Ardissoni, Roberta Balestra, Emanuele Bignamini, Giovanni Cordova, Edoardo Cozzolino, Francesco De Matteis, Tommaso Di Marco, Donato Donnoli, Giuseppe Faro, Maurizio Fea, Roberta Ferrucci, Mara Gilioni, Maria Luisa Grech, Claudio Leonardi, Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Vincenzo Simeone, Cristina Stanic, Concettina Varango, Franco Zuin, Antonio d'Amore, Clara Baldassarre, Margherita Taddeo, Giovanni Villani

**Direttore scientifico**

Alfio Lucchini

**Comitato di Redazione**

Maurizio Fea, Raffaele Lovaste, Vincenzo Marino, Cinzia Assi

**Sede operativa e Redazione Mission**

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

**Direttore responsabile:** Stefano Angeli

**Progetto grafico:** Elena Pellegrini

**Stampa:** Arti Grafiche Colombo s.r.l., Milano

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

Chiuso in redazione il 03/10/2014

Edizione fuori commercio

Tiratura: 6.500 copie

ISSN 2037-4798



Il tempo, in questo caso, non passa invano!

Un'organizzazione forte dei dipartimenti per le dipendenze, la loro autonomia dalla psichiatria (come autorevolmente analizzato nella produzione del nostro Comitato scientifico ed anche in questo numero di Mission), la riscrittura del mandato istituzionale, il coinvolgimento di tutte le agenzie sociali dei territori (e il nostro impegno con ASSODIP è la testimonianza coerente del valore e del significato che diamo a questo assunto) non sono più rinviabili.

L'assunzione di personale sufficiente (a partire dalla stabilizzazione dei precari che con la loro ormai lunga esperienza sono un patrimonio della Nazione) e un moderno ed efficace sistema di valutazione dell'operato dei Servizi sono i punti fondamentali dai quali cominciare.

Subito! Non possiamo accettare il discorso che ci sono altri temi più urgenti e importanti di questo.

Chiediamo con forza che questo Governo organizzi la sua azione gestendo in maniera opportuna tutte le risorse di cui dispone la Nazione riversandole nei diversi settori che ne richiedono un sollecito intervento, non più procrastinabile.

Troppe volte la linea politica sulle dipendenze è stata partorita dopo un viaggio negli USA o in seguito all'analisi di un singolo riferita alla propria opportunità politica.

Dopo la cancellazione della Fini-Giovanardi il Paese è in attesa.

Il DPA non viene riorganizzato e reso operativo. Cosa stiamo aspettando? Quanto ancora dobbiamo aspettare?

Il Paese ha le risorse, e noi siamo tra queste, per realizzare una lettura attenta e precisa dei bisogni: lettura da cui non si può prescindere e che nessuno sta facendo!

Alcuni esempi.

È in Commissione alla Camera dei Deputati una legge sul tabacco. Il consumo di tabacco è la principale causa di morte evitabile al mondo. I costi delle cure per i danni alla salute dovute al fumo di tabacco e alla perdita di produttività sono incalcolabili (OMS). Il fumo di tabacco uccide in Italia più di 80.000 persone ogni anno (ISS). Il tabacco è il più potente "induttore" di dipendenza patologica (NIDA). In occasione del "No tabacco day 2014", l'OMS si è appellata agli Stati membri per chiedere un aumento delle tasse sulle sigarette, considerando questo una misura efficace per ridurre il numero di fumatori e la mortalità da fumo. L'incremento del 10% del prezzo delle sigarette porta una diminuzione del 4% dei consumi nei paesi più ricchi (OMS).

FeDerSerD ha proposto una tassa di scopo per avere risorse da destinare al finanziamento dei LEA per la cura del tabagismo nei Ser.D., per un osservatorio epidemiologico sull'andamento dei consumi e delle patologie, per un forte programma di prevenzione che coinvolga le principali Società Scientifiche del settore.

Il Sottosegretario di Stato on. Giovanni Legnini aveva assunto la delega per predisporre un disegno di Legge sul gioco. Abbiamo iniziato con il Sottosegretario una collaborazione fin da giugno sul punto e dopo la nomina alla vicepresidenza del CSM siamo in attesa di conoscere chi lo sostituirà permanentemente in questo compito.

L'impegno di collaborazione istituzionale sul tabacco e sul GAP sono due dei capitoli attualissimi per l'azione istituzionale di FeDerSerD.

Ma rimane il tema fondamentale: rilanciare le possibilità di cura e prevenzione delle Dipendenze nei Ser.D.

In momenti difficili come questo che stiamo attraversando è necessario che tutti gli operatori dei Ser.D. sentano la responsabilità di impegnarsi a mantenere, per quanto possibile, i migliori standard qualitativi; che tutti gli iscritti a FeDerSerD si impegnino per supportare con i loro contributi le azioni della nostra società scientifica, consapevoli che solo una voce autorevole può promuovere il rafforzamento dei nostri Servizi all'interno del nuovo SSN.

Per questo motivo consentitemi di avanzare una esortazione a tutti gli iscritti a FeDerSerD: in un momento così difficile cerchiamo di vivere intensamente la partecipazione a questa nostra Società Scientifica con il contributo di idee e riflessioni, con la analisi e la proposta di temi e argomenti su cui impegnare l'organizzazione, con la partecipazione alle ricerche scientifiche che proponiamo e proporranno.

A tal proposito, vi segnalo una delle iniziative che ci sembra di particolare importanza: promuovere una riflessione sull'uso del DSM-5 nei Servizi per le dipendenze a partire dal contributo del nostro Comitato Scientifico a cui stiamo dando la massima visibilità. E faccio appello anche ai dirigenti della Federazione, in modo particolare delle Federazioni Regionali, le strutture territoriali che sono l'articolazione della nostra Società Scientifica, per un costante impegno in una lettura attenta dei bisogni delle realtà locali, in una analisi del sistema, in una attività sempre più propositiva.

*(Pietro Fausto D'Egidio)*

# Contaminazioni

Maurizio Fea

## Se la mia mente è il mio cervello...

Questa ed altre affermazioni simili sembrano essere le evidenze, seppure provvisorie, di molti studi di neuroscienze.

Tutto ciò che accade è prodotto del darsi di condizioni sufficienti al suo accadere: ovvero i fenomeni mentali e le azioni sono, in modo diretto o indiretto, prodotti causalmente in ottemperanza a leggi di natura, fisiche o biologiche, da eventi precedenti che sono al di là del controllo degli agenti.

Lo spettro del determinismo naturalista aleggia sulle nostre teste e pone interrogativi al nostro lavoro quotidiano.

Gli esperimenti di Libet sui "potenziali di prontezza" (1985), a cui sono seguiti altri studi (Fried 2011; Wegner 2002) dimostrerebbero che le decisioni che ci appaiono libere, non lo sono affatto, essendo precedute un po' meno di un secondo, da attivazioni neuronali inconsce e non volontarie.

Dunque che fine fa il libero arbitrio se le nostre decisioni non sono libere come crediamo e se ciò che facciamo dipende da ciò che siamo?

Marino Sinibaldi attuale direttore di Radio3 Rai, parlando della autonomia, scrive nella prima pagina del suo libro intervista (*Un millimetro in là*, Laterza 2014) "nasciamo dentro traiettorie di vita determinate da tante cose che ci sfuggono, che accadono prima di noi e lontano da noi. Quella parte di vita che puoi cambiare, quel pezzo magari piccolo di destino che puoi spostare, dipende dalla tua forza, autorità, libertà".

Tre parole chiave per leggere e comprendere quei due complessi fenomeni che chiamiamo scelta e decisione, che sono strettamente correlati alla idea di libertà.

Libertà che è perfettamente compatibile con il determinismo che deriva da queste ed altre prove sperimentali perché ciò che veramente conta nella nostra intuizione di libertà è che il soggetto possa compiere le azioni che vuole compiere.

Una azione è libera se nasce da un desiderio che io approvo (De Monticelli 2012) e in questo senso è irrilevante che la volontà possa essere predeterminata come suggeriscono taluni esperimenti e studi.

Il ragionamento cosciente e la valutazione possono avere luogo anche dopo che il sistema motorio ha emesso i suoi comandi.

Secondo Wittgenstein (*Tractatus Logico-Philosophicus* 1922, 5.1362) "il libero arbitrio consiste nella impossibilità di conoscere ora azioni future" ovvero siamo legittimati a considerarci liberi anche se la scienza ci dice che tutto ciò che facciamo potrebbe in realtà essere previsto, è solo questione di ignorare cose che prima o poi la scienza svelerà.

Wittgenstein riprende le posizioni kantiane secondo cui il discorso scientifico e quello sulla libertà si pongono su due piani diversi, senza tuttavia affermare come Kant, che la scienza si colloca sul piano dei fenomeni e libertà e responsabilità sul piano dei noumeni.

Tuttavia anche se non possiamo conoscere le azioni future, possiamo prevedere le conseguenze del nostro comportamento e correggere lo stesso sulla base di tale previsione.

Tutto risolto dunque? Niente affatto perché il mondo delle dipendenze è pienamente e talora inconsapevolmente coinvolto da questi interrogativi, ai quali spesso risponde operativamente con prassi che sembrano orientate da una visione deterministica generata dalla adozione estensiva del concetto di malattia cronica recidivante, recentemente modificata dal DSM-V ove si parla di ciclicità ed evolutività, attenuando così l'irrevocabilità della definizione che ha imperversato per lungo tempo.

Secondo Strawson (2002) sono le credenze teoriche relative al controllo della azione e alla possibilità di scegliere di fare altrimenti a giustificare il tipo di relazioni interpersonali che intratteniamo e quindi anche il tipo di relazioni affettive che mettiamo in atto in tali relazioni.

Rispetto ad una persona che fa ciò che fa perché costretta o perché affetta da una patologia che la priva della possibilità di fare altrimenti (tossicodipendenza?) non assumiamo relazioni affettive ordinarie ma tendiamo a trattarla in maniera diversa, come un individuo al quale non si può chiedere di rispondere di ciò che fa e quindi si merita un trattamento diverso.

Intorno a questa diversità vera o presunta, si sono costruiti teorie e modelli di cura che tengono insieme visioni deterministiche e costrutti libertari spesso in conflitto tra loro, vedi ad esempio i confronti interprofessionali sulle strategie terapeutiche o più in generale i modelli di cura farmacologica della dipendenza da oppiacei.

Anche i modelli organizzativi dei servizi riflettono la incoerenza e la confusione concettuale che guida i processi gestionali dell'approccio alle dipendenze da sostanze e da comportamenti, ma approfondiremo questo tema nei prossimi articoli.

Dunque se si accetta il determinismo circa il proprio carattere e le proprie scelte, cosa può succedere rispetto all'uso abituale che facciamo dei concetti morali e le relative nozioni di lode o di biasimo, risentimento e gratitudine?

Finiremmo per guardare gli altri con occhio distaccato, sospendendo il coinvolgimento e la partecipazione emotiva?

Che spazio rimane per la psicoterapia?

Rimarrebbe solo la possibilità di azione diretta o chimicamente mediata sui neuroni?

Ovviamente non sono domande retoriche perché in primo luogo queste opportunità sono già date, in forma più o meno compiuta – stimolazione magnetica transcranica ad esempio, impianti di stimolatori – e in secondo luogo gli stessi approcci tradizionali al trattamento, anche quello riabilitativo cosiddetto, talora rivelano una idea di diversità più o meno pensata come naturalistica, che di fatto orienta il rapporto con le persone dipendenti

in modo diverso da quello che intratteniamo abitualmente con il resto del mondo.

La dipendenza dalla droga distrugge la responsabilità? E la dipendenza da gioco d'azzardo?

È di questi giorni la notizia che un signore troppo appassionato al gioco d'azzardo e che aveva compiuto furti e rapine, è stato arrestato dalla forza dell'ordine mentre stava seguendo un programma riabilitativo.

Questo signore deve rispondere dei reati che ha commesso o il fatto di essere un accanito giocatore d'azzardo ne sminuisce la responsabilità?

Ronald Dworkin (*Giustizia per i ricci*, Feltrinelli, Milano 2011, p. 260) propone questa definizione: *per essere responsabili le persone devono avere un capacità minima di formarsi convinzioni vere sul mondo, sugli stati mentali delle altre persone e sulle conseguenze probabili delle conseguenze di quello che fanno... In secondo luogo le persone devono avere, a un livello normale, l'abilità di prendere decisioni che si attagliano a quello a quello che potremmo chiamare la loro potenzialità normativa: ai loro desideri, alle loro preferenze, alle loro convinzioni, ai loro affetti, ai loro legami di lealtà e alla loro immagine di sé.*

Sono applicabili questi criteri ai nostri contesti di cura e se si con quali effetti.

Proprio le neuroscienze suggeriscono la revisione della teoria del libero arbitrio: l'essere umano è libero nella misura in cui possiede la capacità di controllare e fermare certi impulsi già avviati a livello neuronale (teoria del free won't).

La questione di fondo è se il consumo di droga o altri comportamenti di dipendenza, siano una scelta, non se siano causati da fattori fisiologici, la cui eventuale alterazione o cattivo funzionamento giustificano la definizione di malattia e quindi di cura. Sappiamo bene che con una certa frequenza le scelte di dipendenza sono correlate a condizioni psichiche di psicopatia e antisocialità che possono essere espressione di tratti geneticamente alterati.

Persone psicopatiche sono meno abili nella distinzione tra regole di tipo morale e regole di tipo convenzionale presentano una disfunzione delle funzioni esecutive solo quando il compito ha una componente emotiva.

Le persone con psicopatia dispongono di un minor numero di alternative comportamentali e hanno una alterata rappresentazione dei costi benefici collegata a ciascuna soluzione, deficit che si ritiene dipendere dalla disfunzione della amigdala e della corteccia orbito frontale.

Tuttavia solo i comportamenti provocati sono risposte automatiche agli stimoli, mentre i comportamenti guidati sono mediati da una valutazione comparativa delle conseguenze.

Alcuni tossicodipendenti infatti non reagiscono agli incentivi e la maggior parte reagisce solo parzialmente, ma ci sono molte evidenze sia empiriche cliniche che sperimentali, che il consumo di droga sia guidato dalle conseguenze, ovvero entri in concorrenza con il consumo di altri beni e sia scoraggiato dalle sanzioni anche per quei soggetti che associano la dipendenza da sostanze a tratti antisociali.

La nozione di decisione è correlata a quella di preferenza: ogni decisione presuppone una gerarchizzazione delle preferenze da parte del soggetto in base alla quale valuta i corsi di azione che gli si presentano, scegliendo quello cui attribuisce valore maggiore.

Pensiamo alla parodia che Maurizio Crozza fa di Flavio Briatore e delle sue preferenze, ed abbiamo chiaro come le gerarchie siano un fatto del tutto personale ed individuale, sebbene possano e spesso lo siano, condivise da gruppi più o meno rilevanti di persone, ad esempio le persone tossicodipendenti per quanto riguarda il consumo di droghe.

Le preferenze sono quindi stati mentali che insieme con le credenze causano e spiegano l'azione intenzionale, mentre la capacità riflessiva del soggetto spiega il nesso tra il carattere e le scelte, almeno quelle che presuppongono una consistente attività deliberativa.

Attività che costituisce la condizione per cui una ragione o un motivo diventano efficaci nel produrre l'azione. (Reichlin 2014) Esistono almeno alcune scelte nelle quali non ci limitiamo ad esprimere ciò che siamo, ossia gli esiti delle influenze causali cui siamo stati esposti, ma operiamo una sintesi o una scelta tra di esse, imprimendo una direzione al nostro carattere a preferenza di altre. Indubbiamente la ponderazione delle diverse ragioni e la decisione cui perveniamo sono implementate attraverso specifici meccanismi cerebrali (corteccie orbito frontali e dorso laterali) ma è il consenso che l'agente fornisce al motivo scelto per la sua decisione che costituisce il contributo causale alla azione.

Mi piace concludere temporaneamente queste riflessioni che riprenderemo nei prossimi numeri con una citazione di Aristotele il quale afferma che "l'uomo è principio e padre delle proprie azioni come lo è dei figli" (113b).

Infatti le nostre scelte concorrono alla formazione del carattere e perciò anche le scelte che procedono direttamente dal nostro carattere possono essere ascritte alla nostra responsabilità "noi stessi siamo concausa delle nostre disposizioni" (Aristotele 114b). Molte di queste riflessioni e buona parte delle citazioni derivano dalla lettura di *Quanto siamo responsabili?*, Filosofia Neuroscienze e Società, a cura di M. De Caro, Andrea Lavazza, Giuseppe Sartori, Codice edizioni, Torino 2013.

maurizio.fea@gmail.com



## Ad maiora

Raffaele Lovaste

### La valutazione della qualità percepita

La valutazione della soddisfazione del cliente è tradizionalmente affrontata e tematizzata come obiettivo strategico dalle organizzazioni for-profit perché, lavorando in un ambiente competitivo, è un fattore direttamente collegato alla loro sopravvivenza. Da qualche tempo però questo tema sta acquistando sempre più importanza anche nell'ambito dei servizi sanitari pubblici e privati a seguito della: contrazione delle risorse, perdita di posizioni di monopolio e all'aumento della competitività fra organizzazioni analoghe (pensiamo ad esempio alle comunità terapeutiche).

La customer satisfaction quindi non è più un "lusso" avulso dai problemi "reali" tipo la professionalità degli operatori, il budget o la struttura logistica dell'organizzazione ma sta diventando una necessità imprescindibile.

Normalmente è la qualità complessiva di un servizio che produce la soddisfazione delle persone anche se non sempre coincide con la qualità percepita.

La qualità percepita è data dalla differenza fra le attese con cui una persona accede ad una organizzazione e ciò che effettivamente riceve.

Un servizio quindi che eroga prodotti di grande qualità ma non corrispondenti alle aspettative degli utilizzatori induce una bassa qualità percepita.

I pazienti in definitiva arrivano a un'organizzazione perché si aspettano risposte alla loro domande di trattamento e... rimangono nell'organizzazione se sono soddisfatti.

Il cliente (colui che sceglie) prima di aderire ad un programma terapeutico e quindi prima ancora di accettare, come paziente, un contratto terapeutico normalmente osserva:

- **l'atteggiamento/comportamento degli operatori.** Vuole sapere se le persone con cui si rapporta sono veramente interessate ai suoi problemi;
- **l'accessibilità/flessibilità della struttura.** Vuole sapere se la struttura opera in modo flessibile cercando di adattare le regole alle sue esigenze;
- **la capacità di rimediare.** Si aspetta cioè che se qualcosa va storto l'organizzazione è capace di prendere rapidamente le contromisure;
- **la reputazione/credibilità.** Ascolta le opinioni di chi c'è già stato e stabilisce quanto fidarsi.

I clienti soddisfatti sono quelli che suggeriscono ad altri la struttura e rappresentano quindi anche un veicolo, molto economico, di pubblicità.

Il cliente/paziente ha quindi in definitiva un ruolo molto importante nella programmazione e nell'esistenza di un'organizzazione socio sanitaria.

Se, da un lato, misurare l'efficienza produttiva e gli esiti delle prestazioni erogate è un processo indispensabile per il governo clinico e manageriale di un servizio, dall'altro la misurazione

della qualità percepita dai beneficiari degli interventi terapeutici stimola l'organizzazione a tener conto della costante evoluzione dei contesti.

Quello che costituisce oggi un buon risultato potrebbe non esserlo domani perché nel tempo cambiano: l'operatore, il paziente, la relazione che s'instaura tra i due e l'ambiente in cui i due attori vivono.

Come detto precedentemente, il punto di vista dei destinatari non è l'unico indicatore della qualità di un servizio perché i pazienti o gli altri portatori di interesse non sempre possiedono le competenze tecniche per valutare la qualità di un trattamento e possono essere condizionati, nei giudizi, dallo stato di subalternità, dalla dipendenza psicologica o dai pregiudizi ideologici.

La voce dei clienti/pazienti sulla percezione dell'operato di un servizio permette però di evidenziare eventuali punti critici e pianificare, di conseguenza, le azioni di miglioramento possibili in funzione delle esigenze espresse.

La finalità complessiva di un'indagine di customer satisfaction è di far emergere diversità e/o similitudini nella rappresentazione della cultura dell'uso/dipendenza e dei trattamenti presenti: nei fruitori di un Servizio, nei professionisti che ci lavorano e negli stakeholders di riferimento.

Lo strumento d'indagine più frequentemente utilizzabile è un questionario strutturato, simile per tutti i target di soggetti coinvolti nell'impianto generale ma con alcune varianti necessarie per caratterizzare meglio la loro specificità.

#### Le aree comuni esplorabili possono essere:

- la definizione della dipendenza;
- le motivazioni per cui le persone sperimentano sostanze;
- le percezioni delle conseguenze (mediche e sociali) dell'uso di sostanze;
- le possibili soluzioni da adottare per fronteggiare i fenomeni correlati all'uso e/o di dipendenza.

#### Le aree specifiche nei questionari rivolti ai fruitori possono essere:

- l'esperienza diretta delle conseguenze derivate dall'uso / dipendenza;
- l'esperienza di contatto con il servizio;
- l'esperienza di contatto con la rete assistenziale extra servizio;
- le possibili soluzioni da adottare per fronteggiare gli eventuali disservizi.

#### Le aree specifiche nel questionario rivolto ai professionisti possono essere:

- l'idea che hanno della dipendenza;
- eventuali criticità insite nello specifico ruolo che svolgono nell'organizzazione;
- le possibili soluzioni da adottare per fronteggiare le criticità.

Un questionario di questo tipo fornisce informazioni di situazione molto importanti ma per sua natura, considerata la periodicità con cui può essere somministrato e i costi relativi, non è in grado di fornire informazioni tempestive e puntiformi sul "rumor" presente in un Servizio in un dato momento.

Per quest'ultima finalità è molto utile una cassetta per i suggerimenti e reclami a disposizione dei frequentatori.

Ovviamente se si sceglie questa soluzione, deve essere garantito che una risposta (positiva o negativa) deve essere data ai soggetti che fanno le segnalazioni.

Non sempre si può risolvere tutto ma, ascoltare e spiegare quello che è possibile fare sì.

Abbiamo detto prima che la qualità percepita è data dalla differenza fra le attese con cui si accede a un'organizzazione e ciò che si riceve dopo per cui è indispensabile, per qualsiasi organizzazione, definire e rendere pubblici i criteri di qualità che s'impegna a rispettare.

I criteri di qualità definiscono le caratteristiche del servizio erogato e sono condizionate da una serie di variabili legate al tipo di organizzazione scelta e alle caratteristiche sociali, culturali e politiche della realtà in cui la struttura opera (ambiente).

Nei Ser.D. del Trentino sono stati individuati specifici gli indicatori di qualità che il servizio rispetta.

REQUISITO DI QUALITÀ		
ACCESSIBILITÀ AL SERVIZIO	Orari di svolgimento delle Prestazioni	Esistenza di fasce orarie notificate e rispettate almeno nell'90% dei casi
DOCUMENTABILITÀ DEL FASCICOLO PERSONALE	Schede scritte Leggibilità Rintracciabilità	Nel 100% dei casi Nel 100% dei casi Nel 100% dei casi
PERSONALIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO	Tempo per il paziente  Interattività tra professionisti  Adeguatezza alla patologia secondo le indicazioni della letteratura specialistica	Tempo della prestazione ottimale definito per prestazione Equipe dedicata con registrazione nel fascicolo personale delle decisioni concordate Nel 100% dei casi
INTERVENTI TERAPEUTICI DEFINITI PER OBIETTIVI	Predefinizione di un piano terapeutico per obiettivi con indicatore di esito Obiettivo concordato con il paziente	Almeno nel 90% dei casi  Almeno 90% dei casi
INTERVENTI TERAPEUTICI EROGATI RISPETTO AL SETTING	Tempo/luogo/operatore pre definito	Almeno nel 90% dei casi
CONNESSIONE ALLA RETE DEI SERVIZI	Esistenza di protocolli tra servizi Esistenza di griglie di valutazione dei risultati dei protocolli	Almeno nel 60% dei casi Almeno nel 60% dei casi

Il controllo sulla corrispondenza fra l'erogato ed il dichiarato è fatto con rilevazioni a campione ad intervalli di tempo variabili e particolare attenzione è riservata ai reclami presentati dagli utilizzatori nella cassetta per i suggerimenti e reclami al fine di strutturare un circolo virtuoso del reclamo.

## Bibliografia

- Altieri L. (1996), "La valutazione dal punto di vista degli utenti nell'attività di un Ser.T.", in Fagioli J., Ugolini (a cura di), *Tossicodipendenze e pratica sociologica*, FrancoAngeli, Milano.
- Altieri L. (a cura di) (2002), "Verso una valutazione come negoziazione in un pluralismo di valori/interessi", in Cipolla C., Giarelli G., Altieri L., *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, FrancoAngeli, Milano.
- Altieri L., Luison L. (a cura di) (1997), *Qualità della vita e strumenti sociologici: tecniche di rilevazione e percorsi di analisi*, FrancoAngeli, Milano.

Giannelli G., Mariani D'Altri A., Teodorani M., Ugolini P., "Un Ser.T. allo specchio. Percezione della qualità del servizio per le tossicodipendenze di Cesena da parte degli utenti", *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo*, Anno XXII, n. 1, 1999.

Giarelli G. (a cura di) (2002), "Oltre la 'customer satisfaction': il problema di cogliere la complessità di un punto di vista", in Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di), *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, FrancoAngeli, Milano.

Lovaste R., Corposanto C., Molteni L., Callà R.M. (2008), "La percezione della qualità dei servizi da parte dei pazienti nei Ser.T. del Trentino", *Mission*, 26: 25-31.

Lovaste R., Callà R.M., Molteni L., Corposanto C. (2008), "La percezione della qualità dei servizi da parte dei professionisti del Ser.T. e delle Comunità Terapeutiche in Trentino", *Mission*, 28: 58-64.

Lovaste R. (2009), Capitolo 6 del volume *Devianze emergenti e linee preventive di Bruno Bertelli*, "Tossicodipendenza: Interpretazione, fenomenologia e strategie terapeutiche, le tipologie dei trattamenti, i modelli organizzativi", Valentina Trentini Editore, aprile.

# Il mercato delle droghe illegali diventa un'importante risorsa per il PIL

## La lotta alla droga sarà sempre la cenerentola nei conti sanitari del Paese?

Alfio Lucchini

Le cronache estive del 2014 sono state impreziosite da una notizia curiosa.

"Un ritardo che vale un tesoretto", titolava il Corriere della Sera on line il 21 agosto, riferendosi al ritardo al primo ottobre della nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza (DEF) che deve essere stilata dal Governo.

Rinvio dovuto all'introduzione delle nuove regole per il calcolo del Prodotto interno lordo (PIL).

In sostanza, l'Istat elaborerà le nuove stime del PIL, utilizzando le regole statistiche del Sistema europeo di calcolo (Sec) 2010, aggiornando quelle ormai superate del Sec 1995.

Per calcolare la ricchezza prodotta saranno comprese alcune voci che finora erano escluse.

Per esempio le spese in ricerca e sviluppo, considerate fino ad oggi come uscite anziché investimenti, le spese militari, oltre che il conteggio dell'economia illegale, appunto stupefacenti, contrabbando e prostituzione.

Un ricalcolo che devono fare tutti i Paesi europei.

Aggiungere queste nuove voci significa fare crescere il PIL.

Le stime per l'Italia prevedono che alla fine il Governo fruirà di circa 32 miliardi di euro.

Un tesoretto, appunto, utile per i rapporti tra deficit e PIL e tra debito e PIL.

Per il deficit un aumento del PIL dovrebbe garantire un margine di sicurezza ulteriore per scongiurare lo sfioramento della soglia del 3%, stabilita dal Patto di Maastricht.

Quanto al debito, ci sarà un calo rispetto al livello attuale.

Ora si sono animate le previste discussioni, che spaziano dalla dubbia "eticità" di questa decisione europea, alla consistenza della economia illegale, alla reale capacità incisiva di questa norma.

Le spese militari sono in lieve diminuzione in Italia, le spese in ricerca e sviluppo ci vedono da sempre assai deficitari in Europa.

Ecco l'importanza di un sommerso quale quello delle droghe: quanto "vale"?

*Pare che ci sia già una stima da parte degli uffici preposti con una valutazione tra i 20 e i 25 miliardi di euro.*

Questo è l'importo dell'economia delle droghe, quella francamente illegale.

Una bella cifra, probabilmente assai sottovalutata, e che comunque si riferisce, ripeto, alle droghe illegali, non a fattori illegali, ad esempio legati all'alcol o al gioco d'azzardo.

Per non parlare degli aspetti illegali legati al fenomeno del doping o ancora al parziale rinascere del contrabbando di sigarette.

### La spesa dello Stato e delle Regioni per il contrasto delle dipendenze

In tempi di spending review è pericoloso addentrarsi in ginepri come questo, giudicabili secondo ottiche molto diverse.

Un po' di cronistoria credo non guasti.

La legge 45 sulle droghe del 1999 aveva previsto un fondo specifico antidroga, sulla base del TU antidroga 309/90.

Un fondo che per tre quarti veniva gestito a livello decentrato (Regioni e ASL) e per un quarto a livello centrale.

Dotazioni non eccezionali, che possiamo stimare, in euro, attorno ai 100 milioni annui complessivi.

Con la riforma del sociale numero 328 del 2000, negli anni seguenti si definì un fondo unico del sociale, in cui confluì anche il fondo antidroga.

Il fondo sociale si assestò su 1 miliardo di euro, per decrescere negli anni fino alla quasi estinzione ed ora attorno ai 350 milioni di euro.

È di facile evidenza cogliere come le Regioni e in questo caso i Comuni abbiano ridotto via via gli interventi nel campo delle dipendenze.

Preciso che le attività di competenza del fondo sociale sono quelle di prevenzione e risocializzazione, quindi legate a progetti territoriali, compresi gli interventi di reinserimento sociale e lavorativo.

Particolare è la situazione che si è determinata negli ultimi anni, dopo la definizione di una gestione nazionale a direzione "forte" del Dipartimento Politiche Antidroga, organo della Presidenza del Consiglio dei Ministri nato con compiti di coordinamento generale sui temi antidroga.

Questo organismo si è assunto compiti di varia natura, arrivando a promuovere anche una Società Scientifica dello Stato, fatto credo unico al Mondo.

Ma al di là di questa particolarità è cambiata la gestione dei fondi, di fatto gestita centralmente e, se anche decentrata ad Enti vari, totalmente diretta dal Dipartimento.

Ovviamente la Lotta alla Droga si compone di molti aspetti, ad esempio quelli repressivi con costi non indifferenti: mi riferisco non solo all'opera nazionale ed internazionale delle forze dell'ordine, ma anche ai costi della macchina giudiziaria, carcerazioni comprese.

In Italia al 31.12.12 (dati del DAP - Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria) vi erano:

- detenuti: n. 66.973;
- capienza regolamentare: n. 45.688;
- detenuti con problemi droga-correlati: n. 18.285;
- detenuti con sentenza definitiva: n. 38.097;
- detenuti in attesa di giudizio: n. 27.383;
- detenuti internati negli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari): n. 1.264.

I costi del Carcere, secondo le stime del DAP, sono di circa 120 euro al giorno, pari a 43.800 euro annui, a detenuto.

Consideriamo anche i costi legati alla sentenza Torregiani, sui quali recentemente il Parlamento è intervenuto.

Infatti il 21 agosto 2014 è entrato in vigore il decreto che prevede un risarcimento per i detenuti che abbiano subito un tratta-

mento inumano e degradante, ad esempio perché costretti a vivere in celle con meno di 3 metri quadri di spazio, ai sensi dell'articolo 3 della convenzione europea dei diritti dell'uomo.

I ricorsi potranno essere presentati sia da chi è ancora detenuto sia da ex detenuti.

La legge prevede uno sconto di pena di un giorno ogni dieci scontati in celle con meno di 3 metri quadri di spazio e un risarcimento di 8 euro al giorno per chi non è più in stato di detenzione.

Un aspetto con costi rilevabili è quello del sistema di intervento per la prevenzione e cura delle dipendenze.

La rete di intervento è composta da 570 servizi pubblici - Ser.D. (tot. 280.000 utenti in carico, flusso annuo).

Nel sistema abbiamo anche 750 servizi residenziali del privato sociale-Comunità, 210 semiresidenziali e 220 ambulatoriali (quasi 30.000 utenti come flusso annuo).

Tra operatori pubblici e del privato sociale accreditato sono circa 14.000 gli addetti.

La cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze, alcol incluso, è gratuita sul territorio nazionale e i Servizi sono strutturati nelle ASL.

Dei circa 110 miliardi di euro del fondo sanitario nazionale, meno di 1 miliardo è dedicato alla cura delle dipendenze, nel suo insieme.

Circa 690 milioni per i Ser.D., 250 per le Comunità, 60 per le attività specifiche proprie delle Regioni.

Insomma tra lo 0,8 e lo 0,9 per cento.

L'1,5%, il doppio, è ritenuto dalla U.E. limite minimo necessario per un intervento incisivo.

Negli ultimi 5 anni abbiamo avuto due momenti di possibile contributo al discorso che sto facendo:

- La Conferenza triennale nazionale sulle politiche antidroga del Governo a Trieste (marzo 2009).
- La Conferenza nazionale sulle Dipendenze delle Regioni a Torino (dicembre 2009).

Poi il nulla dalle istituzioni.

Che dati sono emersi per il discorso che sto facendo?

- Il personale è una variabile totalmente indipendente dal numero dei pazienti.
- Il rapporto utenti/operatori si avvicina a 40, quasi il doppio di quanto previsto dalla legge 45.
- Grande è la disomogeneità tra le Regioni in investimenti e regole definite per il settore.

## **Alcuni spunti dalle analisi sui costi e benefici contenute nella relazione al Parlamento sulle Tossicodipendenze del 2013**

I costi sociali indotti dal consumo di sostanze illegali sono stimati in 28.491.680.074 euro.

Quindi l'1,8% del PIL (anno 2011) e una spesa pro capite per i cittadini dai 15 ai 64 anni di 715 euro.

I costi sociali, secondo gli studi del DPA, si compongono come segue:

- Oltre 20,6 miliardi per costi individuali; 4,6 miliardi per perdita della capacità lavorativa; oltre 1,5 miliardi per la applicazione della legge; oltre 1,6 miliardi per costi socio sanitari.

Quindi il 72% dei costi sociali deriva dall'acquisto di sostanze.

In totale il contrasto e repressione costa più di 1 miliardo e mezzo di euro l'anno.

Esaminando i costi della assistenza socio sanitaria, circa 1 miliardo e 600 milioni di euro, come prima detto, l'assistenza ambulatoriale dei Ser.D. costa 689 milioni di euro, l'assistenza e

cura per soggetti con patologie infettive HIV e HCV 622 milioni di euro.

Inoltre 55 milioni di euro costano i ricoveri ospedalieri di consumatori di sostanze e 245 milioni i percorsi riabilitativi in Comunità, residenziali e semiresidenziali.

In 41 milioni è valutato il costo dei progetti di prevenzione (2011).

*Per essere chiari, i costi di cura propri dei Ser.D. e delle Comunità sono pari a 933 milioni di euro, poco più della metà di quanto si spende in repressione e contrasto.*

*E la verità è che quello che sta diminuendo sono i costi per i Ser.D., ulteriormente ridotti del 6-7% nel 2011 rispetto al 2010!!*

Inoltre le spese nelle Regioni vedono differenze fino al 500% tra una Regione ed un'altra.

In calo netto anche gli investimenti in Prevenzione.

Sono stati valutati anche i benefici delle attività antidroga, stimati tra i 5 miliardi e 815 milioni e i 9 miliardi 806 milioni di euro.

Di questi, sempre secondo i dati elaborati dal DPA, tra 2 e 8 miliardi derivano da evitato acquisto di droghe; oltre 3,7 miliardi da utenti in trattamento reinseriti nel mondo del lavoro.

Questi dati sono stati stimati su 115.000 circa dei pazienti in trattamento, rispondenti alle terapie, nei Ser.D. nel 2012.

Quindi si investe 1 miliardo nelle cure e se ne risparmiano 7, il tutto considerando solo una parte delle persone in cura.

Restiamo in tema.

## **Cosa vale l'intervento dei Servizi in termini di risparmi? Una ricerca sul campo**

Molti studi internazionali hanno dimostrato che curare bene i tossicodipendenti, ad esempio quelli da eroina, produce importanti e positivi effetti sociali.

Il NIDA ha stimato in 6 euro il guadagno per la società di 1 euro investito in cura.

In Italia lo studio DEMOS condotto da FeDerSerD ed EURISKO (pubblicato nel 2012 da Franco Angeli, Milano) ha calcolato che i circa 107.000 pazienti allora in cura con farmaci specifici nei Ser.D. potevano giovare di 34 milioni di giornate libere da droga in un anno.

Per i pazienti questo significa meno overdose, meno morti, meno malattie infettive, psichiatriche, internistiche.

Ed anche meno condotte illegali, più reinserimento sociale, familiare, scolastico e lavorativo.

Per la società significa 1.700.000.000 di euro sottratti ogni anno alla criminalità organizzata.

Insomma quanti scippi, furti, reati in meno derivano dall'essersi affrancati dalla necessità di procurarsi denaro per la droga?

Quanta patologia sociale in meno, evitata?

Quanti costi in meno per Tribunali e Carceri?

Quanto impegno minore per le Forze dell'Ordine?

Quindi i Ser.D. in Italia sono i naturali candidati, per l'effetto "collaterale" del loro lavoro il cui obiettivo è la cura delle patologie da droga, ad essere efficace strumento di contrasto alla microcriminalità nei territori.

E il 93% dei pazienti si dichiarano, sempre nello studio DEMOS, soddisfatti delle cure che trovano nei Ser.D.

E allora non dovrebbe essere prioritario potenziare i Ser.D.?

**Colgono le Istituzioni il danno alla salute pubblica che non fare questo comporta?**

## Non solo Ser.T.?

Fulvio Fantozzi\*

### SUMMARY

■ *The Author describes few issues about the correct way of being a doctor in the field of outpatients who drink too much.*

*He argues that six of them are the most relevant ones:*

1. *“cutting down the threshold” in order to take in charge a larger number of new patients, starting from the idea that the goal of treatment should move from quitting to merely cutting down the alcoholic habit;*
2. *optimizing therapeutical pathways and decisions delivered to Alcoholic in-patients;*
3. *promoting the duty to study first of all scientific and not institutional Alcohology, since unfortunately they aren't often the same thing;*
4. *trying to set the doctors free from the “antimedical” atmospheres anyone can still breath in some Italian public health institutions for Alcoholic outpatients, especially those which provide only disulfiram and/or referral for self help groups as the “One Way Care”;*
5. *always carrying on a team building work, together with non-medical operators;*
6. *eventually being (and really behaving as) doctors everyday, during our work time.*

*Even on the basis of his personal professional experience he states that such change could be more easily implemented inside a free lance environment.*

*Finally he points out some bad habits shared by some doctors he observed along his career as a public Alcoholicologist (and still observes nowadays), e.g. a sort of “neglect” about Alcoholics’ bodies when they deliver medical examinations. ■*

**Keywords:** *addiction medicine, alcohol dependence, private doctors, medical examination.*

**Parole chiave:** *medicina delle dipendenze, alcol-dipendenza, libera professione, visita medica.*

Circa 15 anni fa mi posi un quesito: è possibile curare persone che bevono troppo utilizzando conoscenze e metodi propri della Medicina delle Dipendenze?

E soprattutto, è possibile farlo in un contesto *privato*?

Ho cercato di darvi risposta “facendo” e non solo “pensando” e “scrivendo”: nel 2000 iniziai a fare Alcolologia Clinica ambulatoriale come libera professione intramoenia, dal 2007 sono libero professionista puro (nel senso di esclusivo, non morale...) dopo la mia dimissione dal SSN, con soli 16 anni di servizio e con il ruolo di Direttore di Struttura Complessa nei Ser.T. modenesi. Ho continuato a fare “qui e là” e con soddisfazione docenze e formazioni sull'alcol e sugli aspetti medico legali del lavoro clinico nella salute mentale, un altro dei miei terreni professionali prediletti: tornare in mezzo ad operatori pubblici certamente mi fa piacere, è un po' una rimpatriata e per certi versi è “tornare sul luogo del delitto”.

Lascio, per celia, alla fantasia del lettore, magari una volta letto tutto l'articolo, l'individuazione di chi potrebbe essere vittima, chi carnefice e chi testimone di tal putativo delitto.

\* *Medico delle Dipendenze, libero professionista, Reggio Emilia, già Dirigente Medico di Farmacologia e Tossicologia Clinica e Primaria dei Ser.T. - Centri Alcolologici - Centri Antifumo di Carpi e Mirandola, Az. USL di Modena. flu\_fantibus@libero.it*

La mia esperienza mi porta ad affermare o forse a ripetere (non resisterò infatti alla tentazione dell'autocitazione di cose già scritte in passato) quanto segue.

Si tratta di sei punti fermi, sei “pilastri” utili per una buona pratica clinica in Alcolologia (1).

Il lettore Medico potrà aggiungerne altri di nuovi, a suo piacimento, oppure “sezionare” e sviluppare qualcuno dei miei sei. Impiegherò l'espressione “pazienti alcolodipendenti” quale etichetta onnicomprensiva, un po' sulla scia del DSM-5 che come è noto “accorpa” in tema di Disturbi da Uso, per significare persone che bevono abitualmente troppo ed in modo patologico sul piano comportamentale.

Illustrare i sei punti in questione mi servirà per argomentare la implicita risposta positiva alla domanda retorica di cui al box 1.

**Box 1 - È possibile curare persone che bevono troppo utilizzando conoscenze e metodi propri della Medicina delle Dipendenze in un contesto privato?!**

1. “Un corretto e completo inquadramento diagnostico iniziale dovrebbe essere effettuato il più presto possibile e da operatori che fondano il loro fare sulle conoscenze scientifiche fornite dalla medicina delle dipendenze e non su consuetudini locali

radicate e rassicuranti e più in generale ideologie e approcci, anche in buona fede, precostituiti. Il presupposto per la rifondazione di una alcologia laica è il seguente: le posizioni attualmente imperanti anche tra chi professa la cura specialistica delle persone con problemi di alcool, tanto draconianamente quanto perniciosamente improntate al "tutto o nulla" ("o smetti di bere o arrivederci"), innalzano la soglia di accesso alle cure e non contrastano la deriva di frange consistenti di alcolodipendenti non ancora pronti a smettere di bere".

Beh, questo stralcio di un mio articolo comparso su di una Rivista Psichiatrica ormai 5 anni fa (2) fu profetico.

Da qualche mese la letteratura italiana, per ora "grigia", che sostiene la diffusione dell'utilizzo di nalmefene come farmaco rivolto a controllare più che a disintossicare bevitori affetti da Dipendenza da alcol, sottolinea la "novità assoluta" di detto approccio.

Nuovo o non nuovo che sia, l'approccio in parola risulta essere il più conveniente ed eticamente ineccepibile oltre che "laico", al di là di quelle che potrebbero essere comprensibili ed accettabili speculazioni (nell'accezione filosofica del termine) sull'harm reduction in Alcologia.

2. Il ricovero ospedaliero di pazienti alcolodipendenti dovrebbe essere ben pensato, evitando percorsi precostituiti e abbagliamenti quanto a presunti effetti salvifici degli stessi; ed evitando di psichiatrizzare casi che di psichiatrico, a parte, formalmente, la diagnosi edittale, non hanno davvero nulla.

Poche sono le strutture ospedaliere (2) "in grado di risolvere problemi di disintossicazione dall'alcool in casi particolarmente gravi sul piano fisico e/o psichiatrico. Il loro intervento deve essere razionale, ossia agganciato a un 'prima' (invio di pazienti già valutati territorialmente e con obiettivi clinici esplicitati e condivisi) e a un 'dopo' (dimissioni protette, predisposizione di programmi di cura estensiva concretamente realizzabili nel territorio) onde evitare l'effetto 'porta girevole' per cui il paziente rimane avviluppato nell'ingranaggio di un sistema di cure solo sintomatiche ed entra ed esce a ripetizione dall'Ospedale sulla scia dell'urgenza, senza mai giungere a un'effettiva e stabile modificazione migliorativa della qualità della sua vita".

3. L'approccio unico e massificante al trattamento della persona con disturbo da uso di alcol è errato.

Ad esempio, non tutti i pazienti in un dato momento della loro storia clinica di abuso di alcool sono utilmente e proficuamente inseribili in un determinato gruppo di auto-mutuo-aiuto.

E credo vi sia accordo [e qui cito il sempreverde e benedetto articolo di Bardazzi-Allamani (3) che ha il merito di avere indicato il gruppo come strumento di cura con proprie indicazioni ed anche controindicazioni] sul concetto che i due gruppi di auto-mutuo-aiuto più radicati nel nostro Paese, ossia AA e CAT, fanno riferimento a due assunti teorici e dunque ad assetti e prassi nettamente differenti; e dunque è profondamente irrazionale e neanche imprudente inviare indifferentemente all'uno o all'altro gruppo un proprio paziente, cullandosi nella convinzione che tanto "se lo mandi ad un gruppo non sbagli mai!".

Il primo corollario del presente pilastro è che ogni paziente dovrebbe poter fruire di un trattamento "cucito su misura" a valle di una valutazione specialistica attenta e multidimensionale; il secondo è che è d'obbligo per il Medico Alcolologo sapere maneggiare più strumenti di cura e non soltanto "quelli che

passa il convento". Convento = il sistema dei Servizi per l'Alcologia locale nel quale concretamente si esercita la professione, sistema che ha la sua cultura, i suoi vincoli, nonché, spesso inconsapevolmente, la sua tradizione di aggiornamento scientifico e professionale autoreferenziale e talora, *absit iniuria verbis*, confessionale.

4. L'aggiornamento laico in Alcologia dovrebbe condurre ad un uso non ideologico del farmaco per la prevenzione della ricaduta nel bere.

L'esempio più icastico di "ideologia in Alcologia" è la ancor oggi discretamente diffusa convinzione che il disulfiram sia l'unico farmaco indicato per il paziente alcolodipendente per il quale counselling e/o gruppo di auto-mutuo-aiuto siano giudicati insufficienti a prevenire la ricaduta.

È chiaro che qui il disulfiram viene ad essere, indebitamente, l'unico strumento di cura farmacologico concepibile.

Ed è avvilente constatare come farmaci di grande levatura come il naltrexone (vedi punto 1 hic supra) siano tuttora utilizzati in molti Ser.T. come succedanei del disulfiram.

5. È inderogabile lavorare sinergicamente con altri professionisti capaci di fare quello che un Medico delle Dipendenze da solo non riesce a fare: vedasi il caso delle doppie diagnosi o doppio assetto che dir si voglia, che richiedono una cogestione clinica con lo Psichiatra.

Nel settore pubblico, ossia nel sistema dei Servizi pubblici e privati accreditati del nostro Paese è questo il modus operandi più diffuso e più fruttifero.

6. L'ultimo punto potrà lasciare perplessi perché potrebbe sembrare un'ovvietà e comunque riporta il discorso su di un piano immanente per non dire prosaico, perché si parla di fegati e di mucose orali.

Ed è l'unico per il quale in questo scritto spenderò il punto esclamativo ed il grassetto.

Eccolo qui: **bisogna visitare i pazienti!**

La diagnosi olistica in Alcologia non può fare a meno del troppe volte dimenticato tassello - Medico.

L'affermazione è paradossale in quanto siamo abituati a considerare olistico, nel settore delle Dipendenze Patologiche in particolare, quell'approccio che demedicalizzi o comunque metta decisamente in secondo piano il pensiero scientifico e la buona prassi medica, antepoendo invece interventi e prassi di tipo psicologico, sia diagnostico che terapeutico, ancorché eclettici.

Olistico significa invece a mio avviso ricordarsi dell'aspetto medico e non trascurarlo tutte le volte che si interagisce col proprio paziente.

Il Medico Alcolologo che accoglie per la prima volta un paziente alcolodipendente dovrebbe ricordarsi di essere Medico, ed in concreto di come si palpa il margine inferiore di un fegato, di come e perché è bene esplorare accuratamente la mucosa del cavo orale di un paziente che beve (e magari nel contempo fuma) troppo; e poi pesarlo, provargli la pressione arteriosa e altro.

Nel mio ambulatorio privato continuo a vedere pazienti che non sono MAI stati visitati dal medico della struttura pubblica.

E presumo che ancora oggi i lettini negli ambulatori medici di non pochi Ser.T. siano usati come supporto per faldoni di documenti e non come lettini, come succedeva nei Ser.T. in cui ho lavorato o che ho... "visitato" (!).

**Box 2 - Non pochi pazienti alcoldipendenti non sono MAI stati visitati dal medico dei Ser.T.**

Fare il medico nei Ser.T., specie in quelli di piccole dimensioni, non è sempre facile: l'aggiornamento "tra pari", basato sulla discussione di casi clinici non è di facile realizzazione, come accade nei Reparti ospedalieri.

E soprattutto la libertà farmacoterapeutica è sovente compressa da culture locali talora demedicalizzanti che giungono a rendere non consentito l'uso di farmaci sicuri e di provata efficacia, ma ahimè anche di «provato costo», come ad esempio il sodio-oxibato (ma penso anche, uscendo per un attimo dal discorso strettamente alcologico, alle analoghe limitazioni per lofexidina e buprenorfina ad alto dosaggio + naloxone al posto di buprenorfina da sola).

La "rinuncia al camice bianco" in discussione può essere comoda nel senso dell'adattamento rapido ed atraumatico del medico in Ser.T. "antimedicali", ma non è certamente accettabile né conveniente se si punta ad una buona pratica clinica.

Esiste infatti una semeiotica speciale in Alcologia, inerente alla Medicina delle Dipendenze piuttosto che all'Epatologia o alla Gastroenterologia.

La si può imparare studiando la letteratura scientifica straniera oltre che, sul campo, da medici esperti dotati di una visione olistica del paziente.

Paziente provvisto, di solito... anche di un corpo !

Il paziente racconta innanzitutto la sua personale storia clinica ed esistenziale utilizzando non solo meccanismi mentali (minimizazione, mitizzazione, manipolazione, ecc.), ma anche espressioni e miti propri di sottoculture.

Si tratta di dati che il Medico dovrebbe conoscere in quanto essi non sono solo interessanti sul piano antropologico, ma sono importanti ed a volte determinanti sul piano semeiologico-diagnostico. Dunque la raccolta dell'anamnesi deve essere effettuata con tale mentalità e background conoscitivo e non stereotipata/scolastica al fine di eseguire la raccolta di dati imposta dal software aziendale di turno.

Inoltre almeno una volta in sede di prima visita è bene procedere ad un metodico e completo esame obiettivo *somatico* del paziente: esso può insegnare molto.

Non è infrequente osservare l'assenza di **segni** di uso dannoso di alcol in sedicenti alcolisti cronici (talvolta capita di trovare alcolisti immaginari, probabilmente più nel privato che nei Ser.T.) oppure rilevare segni di agopuntura recenti o remoti e/o perforazioni del setto cartilagineo da cocaina in sedicenti alcolisti puri (ancora una volta "puri" nell'accezione di esclusivi...) ed ancora come dianzi menzionato i segni di patologie alcol correlate anche serie come quelle del cavo orale; e poi tatuaggi evocativi, evidenze di interventi di chirurgia plastica non dichiarati, ecc. ecc. Non si tratta di un atteggiamento fiscale, non vorrei essere frainteso.

Tutti questi dati clinici saranno persi se il medico non si ricorderà di essere Medico e non visiterà il paziente nel vero senso della parola.

*La risposta analitica al quesito iniziale*

In riferimento al punto 1, non vi è dubbio che il Medico che faccia Alcologia Clinica privatamente ha una marcia in più quanto a libertà di prescrizione e capacità di intercettazione e cura.

Un esempio?

Paziente pienamente eleggibili per il nalmefene che dal Ser.T. non potrebbero mai riceverlo in prescrizione per insormontabili

ostacoli organizzativi-economici (il nalmefene, che io sappia ed almeno per ora, nei Ser.T. circola assai poco) possono essere messi in terapia con quel farmaco senza problemi in libera professione.

Certamente la libertà prescrittiva discende più in generale dall'assenza per il Medico privato di condizionamenti psicologici oltre che di vincoli politico-istituzionali.

I condizionamenti psicologici sono oggi stringenti, anzi co-stringenti tanto più all'interno di Ser.T. tradizionalisti per i quali il mio punto 3 risulterebbe "non edibile" più che indigeribile: si tratta di Servizi che hanno scelto una sorta di "politica dello struzzo" circa le acquisizioni scientifiche della Medicina delle Dipendenze; essi rifiutano di arricchire *laicamente* l'armamentario terapeutico alcologico, rimanendo così ancorati o meglio "adesi" all'Alcologia di regime.

Onde evitare l'accusa di essere affascinato o attratto da nalmefene o altri farmaci non avversivanti, richiamo l'attenzione del lettore sul disclaimer a fine articolo; e dichiaro subito dopo, tuffandomi per un attimo nel vivo della materia Alcolologica, che l'effetto parzialmente agonista sui recettori oppioidi K di quel farmaco viene a mio parere enfatizzato dall'industria: l'*antagonismo* funzionale K ed il relativo e decantato effetto antidisforico, il quale costituirebbe la prerogativa di nalmefene e ciò che lo distinguerebbe da tutto quel che vi è stato prima, ovvero il naltrexone, non è stato a mio avviso ancora comprovato dalla sperimentazione sul campo; non trova riscontro poi nella mia micro-esperienza clinica di una quindicina di casi, nel senso che rispetto al naltrexone non ho finora colto effetti antidisforici nei pazienti trattati (devo ammettere che il bias di selezione dei pazienti messi in nalmefene impedisce di trarre deduzioni dalla mia comunque striminzita casistica).

In riferimento ai punti 2 e 3, desidero esplicitare che nella mia attività professionale Alcolologica i loro contenuti fanno parte integrante del predicozzo iniziale che rivolgo ai miei pazienti alcoldipendenti e, quando ci sono, ai loro familiari o altri significativi; ed anche del messaggio che "restituisco" in prima battuta, in forma quando possibile di e-mail, a chi mi ha inviato il paziente, di solito MMG e Psichiatri privati, talvolta Psichiatri pubblici "illuminati".

Devo precisare inoltre che la concreta realizzazione di *ricoveri ospedalieri alcologici appropriati* è possibile anche in un contesto libero-professionale: o il MMG, pure lui "illuminato" (e ce ne sono tanti per fortuna) si prende la briga di stilare l'impegnativa di ricovero, oppure si procede con un ricovero a pagamento.

Circa la libertà di aggiornamento (vedi punto 4) è auto-evidente che il Medico Alcologo privato è in posizione privilegiata.

È consigliabile utilizzare ritualmente, quando si è nelle condizioni di poterlo fare ossia quando non si è legati in alcun modo all'industria farmaceutica o all'editoria scientifica, formule di disclaimer come quella in calce a questo articolo, a tutela della propria immagine.

Circa il punto 6 assicuro il lettore che il lettino da Medico del mio ambulatorio non ha mai avuto le ragnatele e che non ospita mai libri o faldoni.

Questo a dire il vero accadeva anche quando ero Medico nei Ser.T.

Lascio per ultimo il punto 5 perché è cruciale; ed è quello sul quale ancora oggi, per email o ai Congressi, più mi capita di registrare sconcerto o incredulità nei colleghi, vecchi e nuovi: "ma Fantozzi, come fai da solo a trattare casi complessi e multi-problematici?".

Ebbene, la mia esperienza è del tutto positiva al riguardo: si tratta semplicemente di coltivare buoni rapporti con la Rete dei Ser-

vizi pubblici e privati e farvi costantemente riferimento nella pratica quotidiana di Medico privato.

È chiaro che riuscire a convincere Neurologi e Psichiatri in pensione che continuano imperterriti a prescrivere autoreferenzialmente valanghe di psicofarmaci a persone che imperterriti continuano a bere troppo che stanno lavorando in modo abominevole è impresa ardua.

Ma la Rete in questione, almeno quella che io conosco e nella quale mi muovo, è fortunatamente costituita non da tali figure (o "figuri"?!), ma da operatori di Ser.T. e di altri Servizi pubblici per la Salute Mentale che conoscono la materia e che praticano una Buona Clinica; ed inoltre da Psichiatri e Psicoterapeuti privati in larga prevalenza "educati" nel senso inglese del termine e quindi efficienti ed allenati a lavorare in squadra col sottoscritto, con i Gruppi di auto-mutuo-aiuto locali e con quei pochi Centri Ospedalieri veramente specializzati in Alcologia del nostro Paese.

È così che riesco a curare persone che bevono troppo. Non da solo.

**Box 3 - Niente trattamenti privati di pazienti alcolodipendenti... senza Rete...!**

#### DISCLAIMER

*Il dott. Fulvio Fantozzi non ha rapporti di consulenza con alcuna Azienda farmaceutica né con Case Editrici; non ha mai ricevuto onorari né compensi per partecipazioni a convegni o congressi. Non detiene la proprietà intellettuale (cosiddetti "brevetti") di alcun farmaco.*

#### Bibliografia

- (1) Annovi C., Biolcati R., Di Rico R. (2006), *Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli Ambienti di lavoro*, FrancoAngeli, Milano [vedi Capitolo 7, a firma dell'Autore, NdR].
- (2) Fantozzi F. (2009), *Il trattamento dei disturbi da abuso di alcool. Psichiatria di Comunità*, vol. VIII, n. 1, marzo, p. 53 e seguenti.
- (3) Allamani A., Bardazzi G. (2000), "Alcolisti Anonimi", *Medicina delle Tossicodipendenze*, 29, dicembre.

**Inviare proposte per "La critica delle idee" a**  
lucchinialfio@tiscali.it

# L'autonomia e le Patologie da Dipendenza. Disciplina o cultura?

(con particolare riguardo alla differenziazione dalla Psichiatria)

Emanuele Bignamini\*

## Avvertenze

Il tema sarà sviluppato avendo in mente **due dimensioni: quella apologetica**, perché *voglio* sostenere l'autonomia *culturale* delle Dipendenze, cioè che è avvenuto ed è ormai compiuto ed irreversibile (può essere solo *snaturato*), un processo di separazione e individuazione delle Dipendenze; **quella progettuale**, perché credo che la cultura sviluppata nei e dai Servizi per le Dipendenze sia una opportunità e una possibilità concreta per tutto il SSN di affrontare i *problemi difficili* (cioè quelli che richiedono la gestione contemporanea di variabili interdipendenti che stanno in dimensioni diverse).

Da distinguere dai problemi *ridotti*, che vengono gestiti facendo finta che solo alcune variabili, ad esempio quelle finanziarie, siano da considerare).

Il discorso procederà senza tenere necessariamente separate le due dimensioni e le argomentazioni saranno, da questo punto di vista, con-fuse e inestricabili.

Sarà fondamentale avere come pensiero di sfondo la distinzione tra *disciplina* (= "parte del sapere che è oggetto di insegnamento e di studio", diz. Sabatini Coletti; nei significati di disciplina è insito il concetto di "obbedienza") e *cultura* (= "insieme di conoscenze che concorrono a formare la personalità e ad affinare le capacità ragionate di un individuo" e anche "insieme delle conoscenze letterarie, scientifiche, artistiche e delle istituzioni sociali e politiche di un popolo", diz. Sabatini Coletti; la cultura è la base che permette il pensiero e l'azione, anche innovativa) che verrà chiarita nella trattazione e che porta con sé molte più implicazioni di quanto potrebbe sembrare.

## Introduzione

Con il termine "auto-nomia" (dal greco "legge propria") si intende la possibilità di svolgere le proprie funzioni senza ingerenze o condizionamenti da parte di altri membri o gruppi esterni.

Si intende, quindi, la capacità e la facoltà di governarsi e reggersi da sé.

Con riferimento a enti e organi dotati d'indipendenza, l'autonomia è "il diritto di autodeterminarsi e amministrarsi liberamente nel quadro di un organismo più vasto, senza ingerenze altrui nella sfera di attività loro propria, sia pure sotto il controllo di organi che debbono garantire la legittimità dei loro atti" (Treccani).

\* Direttore dipartimento di patologie delle dipendenze ASL Torino 2.

Elaborato dalla relazione tenuta a Pescara l'11 aprile 2014.

Secondo la **teoria dei sistemi**, un sistema è dotato di autonomia se le relazioni e interazioni che lo definiscono nel suo complesso sono determinate solamente dal sistema stesso.

È quindi una caratteristica dei sistemi chiusi.

"L'autonomia è bella": questa espressione potrebbe essere messa in bocca all'on. Razzi da Maurizio Crozza, ma se noi pensiamo ad essa come alla caratteristica di un sistema chiuso, ci riferiamo ad una condizione in contraddizione con la realtà dei sistemi neurobiologici e psicosociali, che sono sistemi complessi "aperti": su questo non spendo altre parole, rimandando all'ampia letteratura generale che ne tratta (Rovera, Tinti, ecc.).

Sembrerebbe quindi che autonomia e sistema complesso aperto non siano compatibili, mentre sarebbe più corretto parlare di interdipendenza.

Si può formulare allora la prima tesi che qui sostengo.

### Tesi 1

Una organizzazione che gestisce problemi complessi (ad esempio neurobiologici, psicosociali) non può avere l'obiettivo di essere autonoma nel senso definito sopra.

Non può cioè comportarsi come se non avvenissero ingerenze di altri sistemi nella propria sfera di attività, pena la contraddizione con il proprio scopo primario.

### Corollario 1

Questo vale per qualsiasi organizzazione di qualsiasi dimensione, quindi è una caratteristica che non è superata, ad esempio, dalle macrostrutture e dagli accorpamenti di più strutture.

Questo significa che tracciare i confini di una organizzazione che si occupa di sistemi complessi è possibile solo in parte (si veda più avanti la tesi n. 6 del "gradiente di cambiamento del modello organizzativo") dato lo sfumarsi della identità organizzativa dal centro verso la periferia della organizzazione; e che una organizzazione di servizi alla persona che ha come scopo primario la gestione delle patologie da dipendenza può stare, sul piano organizzativo strutturale, in parte nei confini di altre organizzazioni (anche più di una: distretto, psichiatria, servizi sociali), ma in parte ne è necessariamente al di fuori.

Ciò comporta anche che lo stare nei confini di altre organizzazioni è uno stare in un modo tipico dei sistemi complessi, cioè con interazioni che possono essere innescate da più parti, in un modo "ai margini del caos" e non ordinato e verticistico.

Da qui la seconda tesi che sostengo.

## Tesi 2

I modelli organizzativi strutturali solitamente perseguiti rispondono in modo poco soddisfacente alle necessità di interventi su problemi complessi, che richiedono una interazione funzionale tra nodi paritari di un network piuttosto che una costruzione piramidale con un vertice che decide e orienta.

Quei modelli costituiscono una incongruenza con il modello di cambiamento (di adattamento al mutare del problema, delle risorse, delle finalità) bottom-up dei sistemi complessi, alternativo al modello top-down dei modelli ordinati.

Il vero problema delle “riorganizzazioni” e delle riforme è che si persegue la ricerca di un ordine statico, invece di coltivare lo sviluppo delle capacità ri-generative (la resilienza) dei sistemi.

## Caratteristiche delle organizzazioni che devono gestire problemi complessi

Prima di discutere di modelli e strutture organizzative, bisogna avere chiare le caratteristiche dell’oggetto di lavoro e la finalità dell’organizzazione, da cui far discendere *logicamente e coerentemente* gli aspetti operativi.

### Affermazione polemica 1

Se non si condivide questo presupposto e, soprattutto, se non lo si pratica, come fanno manager stupefacenti, si producono disegni organizzativi ispirati ad altre logiche, che produrranno strutture operative funzionali a finalità divergenti (interessi personali, logiche di potere, semplificazioni finanziarie, negazione dei problemi sociali), ma non allo scopo primario dichiarato e istituzionale.

La coerenza tra le dichiarazioni e la prassi è l’elemento fondante la filosofia della organizzazione, che a sua volta è l’elemento di efficienza critico dei servizi alla persona (Normann, 1985).

La coerenza può mancare per malafede ma, molto più spesso, per la incapacità di comprendere il senso delle parole che si usano, dovuta alla incultura diffusa (un esempio per tutti: l’uso diffuso e improprio del termine “integrazione”, predicato per processi di riorganizzazione che nulla vi hanno a che fare).

I Servizi per le dipendenze, grazie al loro percorso culturale, sarebbero in grado di riconoscere queste finzioni e di smascherarle e, quindi, di dare un contributo significativo alla corretta gestione del sistema.

Si deve partire, quindi, dalla presa d’atto che le patologie da dipendenza e il sistema curante ad esse riferito sono a tutti gli effetti sistemi complessi di cui hanno quindi tutte la qualità.

Ricordiamo sinteticamente la differenza tra complicazione e complessità.

La complicazione, da *cum-plica*, indica una realtà dove sono presenti pieghe, che possono rappresentare i problemi da risolvere per rendere “lineare” la situazione; la conseguenza è che l’obiettivo è *s-piegare* ciò che si osserva, riconducendolo ad elementi semplificati e riducendolo ad un numero di dimensioni tutte contemporaneamente considerabili.

È necessario, quindi, riconoscere/stabilire leggi che definiscono l’ordine che informa l’oggetto osservato e il suo funzionamento, stabilire sequenze in cui i fatti accadono, definire cause ed effetti e, addirittura, intervenire sul sistema ordinato (top-down) con specifiche azioni per ottenere effetti prevedibili e proporzionati alla azione causale.

### Affermazione polemica 2

È fin troppo facile riconoscere nel paradigma della complicazione l’approccio abituale.

Peccato che però che ci si dovrebbe occupare di problemi complessi, che stanno in un altro paradigma!

È come cercare ciò che si è perso sotto un lampione perché lì c’è luce...

La complessità, da *cum-plexus*, si riferisce a sistemi caratterizzati da un intreccio di elementi (un groviglio) che non è riducibile ad uno schema ordinato; il sistema complesso non può essere spiegato nella sua interezza e rimangono sempre parti coperte da altre parti (come quando si osserva un oggetto tridimensionale) e i rapporti tra le parti non sono tutti contemporaneamente visibili e controllabili.

Ovviamente, la complessità mette in evidenza la limitatezza del potere controllante e la coscienza di avere un controllo parziale e insufficiente sulle dinamiche della realtà comporta il grave rischio di derive angosciose, depressive, distruttive; perciò il sistema sociale sostiene la finzione difensiva che proclama che la possibilità di ridurre ad un meccanismo controllabile, per quanto complicato, ciò che oggi appare fuori dal controllo, sia solo una questione di *quantità* (bisogna andare sempre più nel dettaglio, con calcoli sempre più potenti, che richiedono sempre più risorse: esempio classico sono le previsioni meteo).

Questa necessità di difesa dall’angoscia dell’incertezza porta alla strutturazione della religione collettiva che professa lo sviluppo senza limiti.

### Nota psicosociale

È proprio letteralmente così: se non ci si concentra pienamente e continuamente sul mito affannoso dello sviluppo senza limiti, si affaccia alla coscienza lo spettro angosciante del limite, che rievoca la morte.

Piuttosto che affrontare il problema radicale della morte e, con esso, inestricabilmente e felicemente, della vita, si preferisce entrare in uno stato mentale collettivo alterato, una trance sintonica con la tossicomania, orientato spasmodicamente al culto dello sviluppo.

La morte, che comunque arriva, viene relegata ad un problema privato del singolo.

Questo meccanismo difensivo porta anche a bias cognitivi e a manipolazioni linguistiche: si veda, ad esempio, il dibattito attuale sulla “precarietà” delle condizioni sociali.

Precarietà deriva da “prex”, cioè indica che l’ottenimento di ciò che si desidera passi attraverso la preghiera e la intercessione presso qualcuno e dipenda da una volontà superiore.

Comporta quindi il pensiero conseguente che “da qualche parte” o “nelle mani di qualcuno” esista la possibilità di ottenere, pur con difficoltà, ciò che si desidera o di cui si ha bisogno.

Più onesto sarebbe descrivere la situazione sociale utilizzando il termine “incertezza”, che si riferisce a ciò che è confuso, indeterminabile e imprevedibile.

La precarietà sottolinea la dimensione relazionale e la dipendenza, l’incertezza sta sul piano dei fatti e del limite intrinseco delle cose.

È ovvio che per motivi di gestione del potere e anche di ordine sociale, la collettività preferisca pensare di dipendere da qualcuno, anche se cattivo e il cui potere è da rovesciare, piuttosto che pensare che parte del destino di ognuno è fuori dalla possibilità di controllo e include, in ogni caso, la sofferenza e la morte (Bignamini e Galassi, 2014).

Posso formulare, a questo punto, la terza tesi che qui sostengo.

### Tesi 3

Il non contatto con la questione della complessità induce gli “eletti” (= coloro che sono scelti e investiti del ruolo di salvaguardare la finzione collettiva: politici, manager, ecc.) ad atteggiamenti tecnocratici (dominio della *technè* sulla psiche. Galimberti, 2000) con i quali pensano (o vogliono indurre gli altri a pensare) di saper cosa fare per porre “rimedio” a “problemi” definiti a partire dalla finzione controllante.

Questo impedisce loro un contatto con visioni in grado di dare letture e definizioni complessificanti dei problemi: si perpetua quindi il problema, senza che le azioni “causali” ottengano le conseguenze “previste”, per il fatto che la definizione stessa del problema è formulata a partire da un paradigma non applicabile.

### Affermazione polemica 3

Il sistema manageriale rimane quindi chiuso in se stesso, in un club esclusivo, senza possibilità di apertura, al quale si accede solo se si nega la realtà.

Sono immediatamente evidenti le conseguenze politiche di questo pensiero. Il problema sta nel modo in cui vengono definiti i problemi e, di conseguenza, le soluzioni.

Sarà poi vero che la speranza della società sia la “ripresa dei consumi”? e che le “risorse sono sempre meno”? Dipende...

E come non considerare una aporia la combinazione delle due domande (bisogna spendere più denaro ma ce n'è sempre meno)?

Rimane da sottolineare che i sistemi complessi sono costituiti da elementi, più o meno complessi a loro volta, che interagiscono attraverso interazioni non lineari e contemporanee (rete).

Se le interazioni fanno capo ad un hub (un leader) non siamo in presenza di un sistema complesso, ma di un sistema ordinato: questo è un elemento critico per la progettazione dei rapporti di potere in una organizzazione che debba gestire problemi complessi.

Esempio concreto della rilevanza di questo aspetto è il movimento di cambiamento promosso da Martin Bromiley nel Servizio Sanitario del Regno Unito, trasferendo alla sanità principi del lavoro di squadra adottati nell'addestramento dei piloti di aerei (CRM: crew resource management) e fondando l'associazione Clinical human factors group ([www.chfg.org](http://www.chfg.org)).

I sistemi complessi sono sistemi aperti all'esterno e subiscono le perturbazioni provenienti da altri sistemi.

Il cambiamento nel tempo dello stato del sistema costituisce l'evoluzione del sistema ed è dato dalle interazioni tra le componenti del sistema e tra il sistema e l'ambiente.

Tipico dei sistemi complessi è l'effetto “farfalla” per cui piccole perturbazioni possono causare enormi conseguenze sul cambiamento di stato del sistema con esito imprevedibile.

L'evoluzione dei sistemi complessi è deterministica (cioè determinata dalle interazioni e dalle retroazioni degli elementi del sistema), ma imprevedibile (“determinismo debole”, diverso dal determinismo laplaciano e dal cambiamento di stato prevedibile).

Non si tratta della imprevedibilità del caos, ma di una condizione di “equilibrio al margine del caos”, che consente, in presenza di perturbazioni, di trovare un nuovo assetto che mantiene la funzione (questa è la spesso nominata “resilienza”, che è una caratteristica esclusiva dei sistemi complessi, che i sistemi complicati non hanno e che deriva dal funzionamento bottom-up in condizioni di ridondanza funzionale che consente l'adattività).

Questo elemento è di fondamentale importanza nella gestione dei cambiamenti delle organizzazioni e le sue implicazioni, credo, sono evidenti.

L'attuazione di nuovi “organigrammi aziendali”, con accorpamenti, spostamenti, ridimensionamenti, non si esaurisce nel rito magico della delibera (“l'ho detto, ho pronunciato la formula alchemica e la realtà si adatta alla mia volontà”), ma richiede una gestione delle interazioni e delle retroazioni *prima* della costruzione del disegno organizzativo e con la consapevolezza che il nuovo equilibrio che il sistema raggiungerà non è prevedibile e non è detto che si avvicini ciò che si immagina, nel bene e nel male.

In altri termini, ciò che più conta nella gestione delle organizzazioni è la cura del processo (i principi che si adottano e che coerentemente si praticano).

### Affermazione polemica en passant

Detto come sopra sembra un po' strano, quasi irrealistico: il manager di solito risponde “non ho il tempo per curare il processo, devo arrivare al prodotto finale”, inteso come la delibera, ovviamente, non come una nuova organizzazione.

Ma in realtà è ciò che già accade: prima della delibera istitutiva dell'organigramma aziendale avvengono, freneticamente, tutti gli scambi e i commerci che portano al disegno da deliberare, che è già frutto di compromesso e differisce da ciò che il manager avrebbe immaginato se libero da condizionamenti.

Il problema sta nei principi e nei valori che guidano la negoziazione: il risultato sarà lo specchio di questi e l'organizzazione reale ne sarà il manifesto.

Perché non si potrebbero dedicare le energie che si impegnano a gestire il sottobosco per una gestione orientata ad un cambiamento di mentalità e di stile di lavoro?

In regime di caos, nessuna organizzazione è possibile.

In regime ordinato è possibile una organizzazione solo se viene introdotta energia dall'esterno del sistema (top-down) e vi è perdita efficienza o blocco operativo di fronte a nuovi problemi, in attesa che l'elemento “top” del sistema decida come gestire la situazione: questo spiega perché una successione rapida di “cambiamenti” dell'organigramma finalizzati a “razionalizzare la spesa” secondo un disegno esterno all'organizzazione comporta invece un aumento costante dei costi.

### Affermazione polemica 4

In Piemonte, ogni governo regionale ha messo mano alla struttura delle aziende sanitarie modificandone confini, identità e struttura.

Ovviamente, anche i futuri governi sentiranno questa esigenza, con lo scopo di lasciare la propria impronta nella storia.

È successo che nel corso di 15 anni, stando fermo nello stesso ambulatorio, un operatore cambiasse quattro volte ASL.

Che ricadute può avere questo sulla efficienza organizzativa?

Il riformista più saggio, dopo questa serie di turbolenze, terrebbe il contenitore fermo, qualunque esso sia, e investirebbe sui processi e sul fattore umano.

Sul piano psicologico, questa coazione a ripetere dei manager regionali conferma il loro aderire alla trance collettiva e alla finzione dello sviluppo.

Le organizzazioni complesse, invece, operano al “margine del caos” e le loro componenti si auto-organizzano attraverso interazioni locali (bottom-up).

Ad esempio, la sottrazione parziale di risorse ad una organizzazione non rigida, che ha la possibilità di utilizzare la plasticità e la ridondanza di circuiti funzionali con cui può svolgere la stessa funzione consente alla organizzazione di adattarsi alla nuova condizione (resilienza) senza bisogno di un intervento "top". Questi elementi dovrebbero essere sufficienti per formulare la tesi 4.

Analogamente, avere a che fare con un management che regolarmente dice una cosa e ne fa un'altra come se fosse la cosa più naturale del mondo, definisce un clima organizzativo di totale incertezza (e cioè di ingestibilità) che avrà conseguenze negative al di là della concretezza dei problemi da affrontare.

#### Tesi 4

Sul piano gestionale si deve considerare che quando si supera il limite di resilienza di una organizzazione, ad esempio facendo "tagli" fino a esaurire le possibilità di ridondanza funzionale, le organizzazioni tendono al caos.

Esempio concreto: un servizio che è in equilibrio con quattro medici, probabilmente può riuscire a funzionare anche con tre attivando su alcune funzioni gli infermieri.

Se però vengono ridotti anche gli infermieri, i tre medici possono diventare non più sufficienti, generando una condizione di caos organizzativo con stress eccessivo, centratura delle dinamiche sulle condizioni di lavoro invece che sulla operatività, demotivazione, burnout.

Un sistema complesso che aveva sviluppato la resilienza a condizioni sfavorevoli grazie alla ridondanza funzionale precipita nel caos.

#### Affermazione polemica di corollario alla tesi 4

Fare comprendere questi elementi apparentemente semplici ai manager è impossibile.

La loro risposta non è mai pertinente, ma utilizza tecniche difensive elusive basate sullo spostamento: "la situazione del servizio è critica, ma il bilancio regionale non permette soluzioni".

Questo è un esempio di problema ridotto attraverso lo spostamento su un altro piano e di evitamento di un problema difficile, come se non esistessero altre soluzioni se non quelle che si possono comprare.

Il problema difficile (gestire la situazione critica nelle condizioni date) rimane sulle spalle del Responsabile del Servizio, senza alcuna collaborazione da parte del manager.

In altri termini, il manager non fa cultura, non offre spunti per la gestione del problema difficile, lascia che ognuno si arrangi come può.

Qui c'è una radice della diversità dei Sistemi Sanitari Regionali, della frammentazione del sistema sanitario e del clientelismo (se ci si deve arrangiare...).

#### Tesi 4 bis

Inoltre, tenendo conto dell'effetto farfalla, sul piano gestionale bisogna considerare che non sono solo gli elementi quantitativi che incidono sulla capacità di adattamento della organizzazione, riducendo la resilienza e favorendo il caos, ma anche elementi molto più "leggeri" come quelli qualitativi (valori, filosofia, motivazione, identità, riconoscimento professionale, ecc.).

Esempio concreto: un Servizio che investe in qualità, ad esempio esponendosi ad un benchmarking o migliorando procedure che portano ad una vera razionalizzazione economica, si aspetta un riconoscimento anche esclusivamente simbolico (una interazione) da parte della Direzione aziendale. Se il feedback è la totale indifferenza o addirittura lo sbeffeggio, questo elemento negativo avrà un peso considerevole nella gestione di problemi interni o aziendali che richiederebbero atteggiamenti di responsabilità e collaborazione.

#### Affermazione polemica 5

Appare sempre più chiaro come sia la cultura (dei manager in primis) il problema di fondo.

Concentrarsi esclusivamente sui problemi finanziari invece che tenere un sguardo aperto anche a quelli culturali porta ad azioni concettualmente e operativamente sbagliate.

La fantasia autoerotica di dominare il cambiamento fingendo che fattori esterni (ad esempio la forte volontà di un Capo) possano, in un regime non ordinato ma complesso, orientare il cambiamento, non feconda nulla.

Non si propone qui un dualismo (tipo: finanza=cattivo, cultura=buono), ma si evidenzia come l'incapacità di tenere conto dei molteplici aspetti della complessità conduca inesorabilmente alla non gestione del problema.

Per gli operatori delle Dipendenze, in grado, invece, di rendersi conto di questo, è veramente doloroso assistere, da spettatori emarginati, alla devastazione in atto.

## Autonomia: anacronismo ed errore concettuale

Dopo quanto affermato sopra, parlare di autonomia nell'ambito delle dipendenze sembra essere anacronistico e concettualmente sbagliato.

**Anacronistico** perché, anche se i "riformisti-che-non-ci-sono" (per parafrasare Cavicchi) operano in un paradigma che consideriamo errato, cioè quello della realtà come meccanismo complicato da far funzionare in modo ordinato, bisogna prendere atto che è viva la tensione sociale verso la rete, la interconnessione, l'interdisciplinarietà, la complessificazione.

I manager, inconsapevolmente, imitano questo processo collettivo *fattuale* e, con motivazioni loro, lo mimano anche nei modelli organizzativi sanitari, producendo (anche se in modo più caotico che evolutivo) accorpamenti, dipartimenti funzionali, macroaree, dipartimenti interaziendali.

In questo agitarsi inconsulto, che collega *per finta e in modo incoerente* finalità dichiarate e operatività, si iscrive il progetto dell'accorpamento delle Dipendenze e della Psichiatria in un'unica struttura organizzativa.

I cambiamenti culturali in atto, non previsti (per l'appunto.

Come avvenne per l'applicazione bellica della dinamite e dell'energia atomica) e collegati allo sviluppo di sistemi tecnologici di comunicazione che modificano l'identità personale e le relazioni interindividuali, con un radicale spiazzamento della psicopatologia classica (Bignamini, 2012), creano condizioni di complessità "oggettive".

L'autonomia, e con essa i modelli organizzativi piramidali e ordinati, diventa un problema "d'altri tempi", superato dalla pragmaticità operativa richiesta dalle questioni da gestire.

Con l'anacronismo arriva anche **l'errore concettuale**.

La patologia da dipendenza è quanto di più aperto ad influenze esterne ci sia: nella genesi, nella fenomenologia, nella epidemiologia, nelle strategie di prevenzione, di cura e di riabilitazione interagiscono componenti mediche, psicologiche, educative, assistenziali, filosofiche, sociali, economiche, politiche, giuridiche, ...

La dipendenza spiazza sistematicamente qualsiasi visione monocolora che voglia imporsi come prevalente e costringe ad utilizzare molteplici quadri interpretativi contemporaneamente.

Gestire un Dipartimento Dipendenze vuol dire interfacciarsi con culture, sensibilità e problematiche diverse e a volte antitetiche e conflittuali espresse da altri Servizi sociali e sanitari, dalla politica, dalle organizzazioni private, da quelle religiose, dall'aggregazione volontaristica, dai mass media.

Di fatto, ognuna delle realtà citate ha titolo per dire la sua in proposito, perché ognuna è titolare di *una parte* della questione (ma bisogna ricordarsi che ogni punto di vista è parziale e relativo e va quindi integrato).

In queste condizioni pensare di salvaguardare una autonomia intesa in senso stretto costituisce un errore critico che conduce l'organizzazione "Dipartimento Dipendenze" in un vicolo cieco che progressivamente si stringe.

Allora l'accorpamento con la Psichiatria potrebbe essere una "apertura" e un rimedio a questo errore?

Cominciamo a rispondere esaminando alcune caratteristiche proprie della cultura dei Servizi per le Dipendenze.

### 1. Genesi

I Servizi per le Dipendenze sono stati varati su una "emergenza sociale" e su spinte ideali, valoriali e anche ideologiche, così come erano abituati a fare i legislatori degli anni '80 in Italia: sono stati progettati intenzionalmente separati dalla Psichiatria, anche se alcune delle prime esperienze pilota con metadone sono state effettuate anche da psichiatri oltre che da internisti, per proteggere gli utenti da una temuta istituzionalizzazione (la Psichiatria vista come repressione; non si voleva nessun ospedale per una cosa che non era una malattia, ma un vizio da cui ci si doveva emancipare rieducandosi in comunità).

Sono stati creati dal nulla, sul nulla (non c'era conoscenza, né cultura, né strumenti, ma solo ideologia) in una forma organizzativa tendente al nulla (nessuna gerarchia; quanto di più vicino, sul piano gestionale, al sistema complesso!) e immediatamente abbandonati a se stessi (dopo la prima ondata di assunzioni all'inizio degli anni '90, il DM 444/90 è stato subito svuotato e distorto).

La forma attuale dei Servizi, disomogenea a livello nazionale proprio per quanto prima detto, è il risultato di fattori personali e locali, intrecciati con lo sviluppo e la progressiva applicazione delle conoscenze.

È qualcosa che gli Operatori sentono di aver creato loro, così come è stato possibile, questa volta sì in autonomia, senza il supporto sistematico di Direzioni Generali, Regioni, Università, Enti. Ricordo a tutti la vecchia e non superata tendenza delle Istituzioni pubbliche a valorizzare i Servizi privati e a demonizzare i propri Servizi.

È tempo di formulare la tesi 5.

#### Tesi 5

Chi ha costruito e dato forma ai Servizi trasformando l'abbandono in autonomia oggi non può accettare stravolgimenti organizzativi imposti dall'esterno, per fini divergenti e da chi non ri-conosce la realtà dei Servizi.

Questo costituisce un aspetto di gestione del processo di cambiamento che richiede investimenti significativi di tempo e di risorse.

Appartenenza, identificazione con il prodotto e legame con l'oggetto di lavoro sono fattori non razionali, ma sappiamo che, sul piano della gestione delle organizzazioni di servizi alla persona, come sono i Ser.D., non tenere conto dei fattori irrazionali è irragionevole.

### 2. Interdisciplinarietà e apertura

Una vecchia battuta dice che i biochimici sono quelli che parlano di biologia con i chimici, di chimica con i biologi e di donne tra di loro.

Di cosa parlano gli operatori delle dipendenze?

Di psicopatologia, di patologie infettive e internistiche, di problematiche giuridiche, sociali, relazionali, educative, familiari, di prevenzione, re-inserimento lavorativo, leggi e norme, ...

Testimonianza di questo è che gli strumenti diagnostici specifici sono impostati su molteplici aree (ASI; MATE).

Allora, qual è lo specifico della loro competenza?

L'oggetto di lavoro sembra sfuggente e poliedrico; in molti casi è difficile tracciare chiaramente il confine tra patologico e non patologico, tra problema individuale e culturale, sanitario e educativo (formativo).

Per rendersene conto basta formulare la domanda "assumere droghe è un problema?": è immediatamente necessario introdurre dei distinguo, fare precisazioni, definire, attivando ragionamenti complessi e che coinvolgono diverse dimensioni.

Sulla base di questa *apertura*, molti si sentono autorizzati a dire la loro sulle dipendenze a partire da molteplici punti di vista, spesso senza chiedersi: ma che cosa ne so?

Questo rende difficile definire *una* identità *disciplinare* delle Dipendenze: ad esempio, il medico dei Ser.D. può essere specializzato in psichiatria, tossicologia, infettivologia o una specialità della medicina interna; l'èquipe di lavoro è formata da professionisti che vengono da saperi e addestramenti diversi; una volta arrivato al Ser.D., l'operatore deve ri-formarsi e cioè acquisire una diversa cultura (filosofia, definizione dei problemi, visione organizzativa, ecc.) e prendere confidenza con un oggetto di lavoro non trattato durante il curriculum formativo.

Il focus della specializzazione nelle Dipendenze non è, quindi, essenzialmente la *patologia*, come nelle altre discipline, cioè un oggetto circoscritto, dai confini definibili convenzionalmente, ma il *metodo* di approccio, che nelle dipendenze non può rinunciare ad essere multidisciplinare e che interessa essenzialmente la dimensione *culturale*.

Come già affermato, le dipendenze sono radicalmente spiazzanti per qualsiasi paradigma si proponga come esplicativo, smentiscono ogni punto di vista disciplinare: anche quello psichiatrico. Riporto questi concetti nella tesi 6.

#### Tesi 6

L'organizzazione curante dei Servizi per le Dipendenze subisce un cambio di paradigma dal centro verso la periferia: partendo da un core gestibile con lo statuto della *complicazione*, dove prevale la tecnica e la specializzazione e dove i problemi possono essere vantaggiosamente ridotti ad elementi semplici verso i quali mirare protocolli e procedure, l'organizzazione che deve gestire il paziente con patologia da dipendenza si espande verso il paradigma della *complessità*, sfumando i contorni del suo intervento in dimensioni reticolari e intrecciandosi con *altro*.

In altri termini, l'organizzazione curante deve essere in grado di muoversi su paradigmi diversi, adattandosi e utilizzandoli in relazione allo scopo.

Il rapporto con la psichiatria sta nella dimensione della complessità e quindi fa parte delle interazioni di scambio dei margini della organizzazione con i sistemi esterni.

### 3. Organizzazione del Servizio

Una organizzazione di servizi alla persona può avere due impostazioni generali: essere una organizzazione che mette i tera-

peuti nella condizione di svolgere il proprio lavoro oppure avere una connotazione terapeutica nella sua architettura organizzativa.

Nella prima ipotesi, il Servizio si modella sulle esigenze dei diversi professionisti e sulle risorse disponibili: spazi, arredi, strumenti, attrezzature, agenda saranno gli elementi su cui centrare il pensiero gestionale. Essenzialmente, il caposervizio si chiede: "di cosa hanno bisogno i professionisti per lavorare bene?".

Nella seconda ipotesi, il Servizio viene costruito sulla visione della patologia: a partire dalle caratteristiche della interazione con i pazienti, dai loro problemi, dalle finalità terapeutiche e dall'orientamento al cambiamento il Servizio struttura la sua immagine, i percorsi dei pazienti, gli interventi e, *come conseguenza*, definisce di quali professionisti ha bisogno e come devono lavorare.

Il Servizio si struttura come una "rete relazionale", i cui nodi costituiscono luoghi, tempi, modalità di rapporto diversificati predisposti per incontrare problemi e caratteristiche diverse dei pazienti, offrendo relazioni a legame forte, a legame debole, di accudimento materno, di intervento sulla crisi, di confronto dialettico-progettuale, di integrazione e di chiarificazione.

Il paziente si può muovere tra questi nodi liberamente portando le sue parti diverse e non collegate che vengono raccolte da una "rete", che è tale perché i nodi sono collegati tra loro (identificazione lavorativa e appartenenza alla rete; "one team", Bate-man e Fonagy, 2004).

Questo è un modello organizzativo adatto e coerente con la gestione dei sistemi complessi che nessun altro settore della Sanità, se non quello delle Dipendenze, ha sviluppato in modo sistematico.

---

#### Affermazione polemica 6

**Non per niente, parlando in generale, i Servizi più competenti a gestire i pazienti con disturbi di personalità sono i Ser.D. e non i DSM.**

---

#### 4. Rete di funzioni

L'operatore del Ser.D. non può funzionare in modo non integrato, cosa che in altri servizi invece è possibile, e quindi deve acquisire la competenza a lavorare tenendo in mente anche le dimensioni del paziente che non sono di sua competenza e le diverse funzioni del Servizio.

Deve imparare a lavorare tenendo aperti sul tavolo diversi modelli interpretativi e di intervento; nessun operatore, nelle dipendenze, può essere autosufficiente e dipende necessariamente dagli altri.

Questo costituisce una vera rete, dove non c'è un centro o una gerarchia professionale, cosa ben diversa dalla generalità degli altri Servizi sanitari, dove la professione medica gode di un status di superiorità.

#### 5. Complicazione e complessità

In realtà, tutta la medicina moderna sta sviluppando visioni della realtà sempre più complesse: si pensi alla PNEI (psico-neuro-endocrino-immunologia), all'epigenetica o alla gestione dei fattori umani (Bromiley).

Ma i Dipartimenti per le Dipendenze mettono in pratica questa visione da tempo ed è il loro tratto distintivo.

Questa visione, peraltro, è alla base delle difficoltà di comunicazione con altri Servizi, che possono ancora cullarsi nel mito

della disciplina e della gestione delle questioni complicate: una delle dispute più frequenti e più dure con la Psichiatria riguarda l'attribuzione dei casi per competenza diagnostica (attribuzione nominalistica) piuttosto che per competenza sul problema da gestire (finalità condivisa).

### In definitiva

La specialità nelle Dipendenze consiste *nella capacità di muoversi tra complicazione e complessità, senza perdere la propria identità (finalità), non respingendo le contaminazioni e le necessità di adattamento*, e si basa su un metodo caratterizzato da *interdisciplinarietà, organizzazione a rete relazionale, rete di funzioni, produzione di cambiamento dei riferimenti di significato*.

L'autonomia delle Dipendenze, quindi, non deve essere intesa nel senso di una chiusura organizzativa autosufficiente, ma nel processo di individuazione di una cultura specifica.

È evidente che questa cultura è per nulla (o in minima parte) condivisa dai Servizi Psichiatrici e che, di conseguenza, le prassi organizzative (gerarchie, rapporti tra colleghi, gestione delle decisioni e dei cambiamenti) e cliniche sono molto distanti.

Qualsiasi "accorpamento" non può prescindere da un processo di *integrazione culturale* che deve precedere la formalizzazione strutturale.

Diversamente, si può infiorare la bara fin che si vuole, ma rimane un cassa da morto in cui si raccolgono i resti di un conflitto radicale.

### Riorganizzazione: cambiamenti di forma e cambiamenti di cultura

Le organizzazioni di servizi alla persona devono essere valutate non solo con un criterio merceologico (che cosa si produce) ma anche con un criterio logico (come si produce); il "modo" diventa parte del prodotto e ne condiziona il successo.

Questo presupposto, come in scatole cinesi, passa da un livello organizzativo all'altro e coinvolge anche le Direzioni aziendali e regionali: anche loro dovrebbero curare il processo con cui vogliono arrivare ai cambiamenti desiderati.

La cura del processo consiglierebbe un andamento contrario a quello di solito adottato: invece di concentrarsi sulla forma, si dovrebbe mettere al centro i valori di riferimento, le finalità e il funzionamento, in modo da stabilire una logica realmente "meritocratica": chi fa funzionare le cose *secondo i principi condivisi* può acquisire maggiore voce in capitolo nell'orientare il processo di riorganizzazione.

Certo, l'ansia dei manager di "de-finire" costituisce un problema, ma potrebbe essere sostituita dal piacere di surfare su un intreccio che progressivamente prende senso, acquisisce una fisionomia e trova una forma nuova, un equilibrio instabile ma resiliente.

Ne discende la tesi conclusiva.

#### Tesi conclusiva

**Cambiamenti di forma organizzativa (accorpamenti di strutture) possono essere solo la conseguenza di un processo di cambiamento culturale.**

**Anzi, il cambiamento culturale rende il cambiamento di forma non più necessario.**

Deliberare un Dipartimento Psichiatria-Dipendenze non fa magicamente funzionare in modo integrato gruppi di lavoro che hanno riferimenti radicalmente diversi.

Anzi, la giustapposizione di gruppi di lavoro eterogenei produce una perdita di efficienza immediata e duratura ed espone al rischio di retroazioni che consolidino “climi di lavoro” disfunzionali; dato che si tratta di sistemi complessi, neppure la forte personalità di un Capo è in grado di garantire di avvicinarsi all’obiettivo.

Mentre il processo di convergenza dei sistemi culturali consente a strutture organizzative diverse di funzionare come reparti di una stessa squadra, interventi esterni finalizzati a “razionalizzare” l’organizzazione dei Servizi (=mettere un ordine) perturbano il sistema complesso con esiti imprevedibili. Il superamento dei limiti di resilienza genera il caos, da cui perdita di funzione e identità culturale.

Sarebbe intelligente far interagire la cultura dei Servizi per le dipendenze con le altre culture presenti in ambito socio-sanitario senza definire “gabbie” organizzative.

## Fine

Certamente, nella complessità in cui viviamo dobbiamo riconoscere che sono molte le istanze che interagiscono per determinare un risultato.

Molto potenti sono quelle orientate al privato, all’idios, meno radicali le spinte oblativo verso la polis.

Non si può ingenuamente pensare che “i figli della luce prevaleranno sui figli delle tenebre”: gli uomini non vanno verso il bene, vanno solo da qualche parte (Wittgenstein).

Tuttavia, è possibile usare l’intelligenza per scegliersi la strada da percorrere.

## Bibliografia

Bateman A., Fonagy P. (2004), *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: mentalization Based Treatment*, Oxford Univ. Press, Oxford.

Bignamini E. (2012), *L’adolescente e i suoi rapporti con il mondo*, VII Congresso Federserd Lazio, Roma, 19-21 novembre.

Bignamini E., Galassi C. (2014), *Addiction and precarity*, 26<sup>th</sup> International Congress IAIP, Parigi, 9-13 luglio.

Bromeley M., [www.chfg.org](http://www.chfg.org).

Galimberti U. (2000), *Psiche e Techne. L’uomo nell’età della tecnica*, Feltrinelli, Milano.

Normann R. (1985), *La gestione strategica dei servizi*, ETAS, Milano.

Rovera G.G. (1979), “Il sistema aperto della Individual-Psicologia”, *Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale*, n. 4, Milano.

Tinti T., [www.tulliotinti.net/psicofilosofia](http://www.tulliotinti.net/psicofilosofia).

## RECENSIONE



Alfio Lucchini

### SOCIETÀ CONSUMI DIPENDENZE Principi Contesti Servizi

pp. 256

Collana: Clinica delle dipendenze  
e dei comportamenti di abuso/Testi

Codice 231.8

Editore: FrancoAngeli

Vengono inoltre sviluppati focus di approfondimento teorici e proposti strumenti e pratiche di particolare valore e interesse applicativi. Non mancano poi corpose illustrazioni di progetti e sperimentazioni, frutto dell’esperienza di molti professionisti italiani del settore. Infine, ampi sono i riferimenti legislativi utili al lavoro quotidiano degli operatori dei Servizi.

L’obiettivo del volume vuole essere quindi quello di promuovere un maggiore interesse per il tema “droghe e dipendenze” negli studenti, nei professionisti, negli amministratori pubblici.

*Alfio Lucchini*, medico, direttore di struttura complessa di psichiatria, specialista in psicologia medica, psicoterapeuta, direttore del Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano 2. Past president e responsabile advocacy comunicazione e rapporti istituzionali di FeDerSerD, segretario generale di ASSODIP. Docente presso l’Università di Milano-Bicocca.

Esperto della Consulta Nazionale Dipendenze della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Autore di oltre duecento pubblicazioni scientifiche e di ventiquattro volumi.



## Documento CEAL FeDerSerD Lombardia

Proponiamo un documento congiunto FEDERSERD Lombardia - CEAL sulla situazione lombarda nell'intervento sulle dipendenze, all'interno di un percorso da tempo attivo tra le due federazioni e in un momento di discussione di proposte di riforma sociosanitaria.



CEAL e FEDERSERD, organizzazioni maggiormente rappresentative delle realtà del privato sociale e del pubblico nel settore delle dipendenze lombardo, propongono alle istituzioni e agli operatori del sistema di intervento la necessità di un percorso rinnovato in Regione Lombardia.

La Lombardia ha un sistema d'intervento e di *governance* articolato nel settore delle dipendenze, soprattutto se messa a confronto con le altre regioni italiane.

È la realtà regionale che ha innovato e sperimentato di più e che fin dal 2000 ha programmato e strutturato ad esempio i Dipartimenti delle Dipendenze.

Ha definito già nel 2003 un sistema misto pubblico-privato sociale, articolato nelle unità di offerta possibili e spinto fino alla previsione, unica nel Paese, di servizi ambulatoriali multidisciplinari privati.

In tutte le oltre 230 unità di offerta del sistema quasi 48.000 cittadini hanno trovato risposte nel 2013.

Insomma, non siamo affatto nella condizione di partire da zero!

Ma proprio per questa ragione, tra gli operatori dei servizi, pubblici e privati, si vive anche un profondo rammarico rispetto alle ulteriori potenzialità che si potrebbero esprimere.

Il recente "Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia" offre scarso rilievo al nostro sistema ed evidenzia i noti dubbi, ad esempio sulla collocazione dei percorsi e delle strutture per i cittadini con problemi di dipendenza. Insufficiente appare citare i riferimenti ai Poli Territoriali delle Aziende Integrate per la Salute per la allocazione delle funzioni erogative, né appare la collocazione dei Dipartimenti delle Dipendenze, strutture di governo territoriale, e quindi profondamente radicati in una visione territoriale.

Le federazioni firmatarie di questo documento di intenti, con spirito costruttivo e proprio del lungo percorso collaborativo con la Regione Lombardia e in particolare l'Assessorato Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, ritengono importante considerare alcuni fattori.

Quali sono le esigenze del settore?

Parlare di dipendenze vecchie e nuove significa affrontare temi specifici, pur all'interno di problemi trasversali alla società attuale.

Viviamo, per dirla con tanti studiosi, in una "società dipendente": oggi per comprendere davvero i consumi di sostanze dobbiamo allargare lo sguardo sull'intera società e sui suoi modelli generali; in pratica ci troviamo di fronte a fenomeni sempre più in espansione perché sono legati alla dinamica stessa della società, consumista e individualista.

È evidente che forzature quali semplificare i bisogni e le fasi di malattia delle persone dipendenti equiparandole a situazioni quali la disabilità o condizioni evolutive come quelle della condizione anziana è improprio scientificamente e sbagliato per strumenti utili e livelli professionali e strutturali necessari.

Lo strumento del voucher è chiaramente inadeguato; occorre, come sperimentato in altre Regioni, la costruzione di un budget di cura, che tenga conto dei percorsi necessari e degli obiettivi raggiungibili da parte delle persone.

La dipendenza è malattia ciclica, evolutiva ma spesso risolvibile, e le funzioni necessarie per affrontarla sono note: la diagnosi, la costruzione del piano terapeutico, i percorsi di cura, il reinserimento, e la prevenzione, la riduzione del danno e dei rischi connessi.

Per questo i LEA sono di tipo ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale.

È necessario puntare su un sistema davvero integrato e declinato per livelli di bisogno.

Innanzitutto va ricomposta la frattura attuale tra Asl e Aziende ospedaliere, bisogna superare le frammentazioni, come sembra indicare il Libro Bianco.

Infatti questa scelta, finora fondativa del sistema sanitario e sociosanitario lombardo, rappresenta la radice dei problemi che abbiamo di fronte: la distinzione si è rivelata negativa per le dipendenze, che hanno finito per essere il sistema più sanitario all'interno dell'organizzazione delle Asl.

Si è così rotta ogni continuità assistenziale che è invece la chiave vera, oggi, per innovare il sistema d'offerta; noi immaginiamo un lavoro integrato e continuativo, a seconda delle fasi e dei cicli di bisogno, tra servizi territoriali, attività di prossimità, risposte ambulatoriali, strutture residenziali e semiresidenziali e servizi ospedalieri.

Bisogna far crescere un sistema integrato territoriale di risposta, declinato secondo livelli di gravosità: un primo livello di base, collegato al sociale e al territorio, studiando punti e forme di accesso il più precoce possibili, individualizzando e personalizzando meglio i percorsi; un secondo livello specialistico ambulatoriale e comunitario nelle varie forme e specializzazioni, un terzo livello, più ridotto, di tipo ospedaliero per le situazioni di vera gravosità (riutilizzando magari nei piccoli ospedali spazi o reparti sottoutilizzati).

Non riteniamo in contraddizione con le linee generali di risparmio richiamare la necessità di investimenti economici nel settore: l'attuale spesa di circa 120 milioni di euro, non oltre lo 0,7% del bilancio sanitario regionale, per il settore, è decisamente inferiore alla media nazionale e ad ogni indicazione nazionale ed europea che indicano nel 1,2/1,5% del fondo sanitario le soglie ottimali minime di investimento.

Ci permettiamo di citare temi virtuosi come la Cronicità, i Servizi di prossimità, le funzioni di Prevenzione selettiva o indicata soprattutto per i più giovani e di Osservatorio territoriale, come esempi di funzioni stabili, essenziali per i territori, che devono uscire dal perenne status sperimentale per assumere dignità di servizi e strutture, ma debitamente finanziati.

E sul Gioco d'Azzardo Patologico, se abbiamo salutato positivamente la legge 8 del 2013, ora necessita la definizione di un LEA regionale, in attesa degli sviluppi legislativi nazionali, pena la disapplicazione della legge stessa in ampi settori, tra cui quello della cura, ove i fondi stanziati non possono di fatto essere investiti per i vincoli posti alle ASL.

ASL che vedono i servizi sempre più ridotti in personale e mezzi.

Inoltre, il processo di de-carcerizzazione in atto a seguito della sentenza Torregiani e le recenti modifiche sia al DPR 309/90 che all'ordinamento penitenziario, richiedono ai servizi e alle strutture riabilitative un ulteriore e maggiore coinvolgimento.

A questo proposito, il recente protocollo tra Regione Lombardia e Tribunali di sorveglianza di Milano e Brescia (le persone con problematiche di dipendenza detenute negli istituti penitenziari lombardi che potrebbero usufruire delle diverse misure alternative alla detenzione sono circa 2.500) fa riferimento ad un apposito piano di azione regionale finalizzato alla definizione delle modalità e delle prassi operative per attivare percorsi terapeutici e favorire l'applicazione di tali misure.

Condividiamo la necessità di formulare linee di indirizzo che consentano l'omogeneizzazione delle specifiche modalità di intervento a livello regionale e auspichiamo il nostro coinvolgimento nell'elaborazione del piano d'azione a cui viene fatto riferimento nel protocollo.

Evidenziamo inoltre l'esigenza di sviluppare occasioni di confronto e formazione degli operatori, in collaborazione con i Tribunali di Sorveglianza e l'Amministrazione Penitenziaria.

Chiediamo infine alla Regione di andare oltre la pur necessaria collaborazione "a chiamata" in essere, e di ripristinare il Tavolo regionale dei direttori di dipartimento e il Tavolo regionale pubblico privato degli stakeholders.

Per tutto questo auspichiamo che la Regione avvii un percorso partecipato e condiviso, concreto e operativo per arrivare a un vero e proprio "Progetto obiettivo regionale", che parta dai bisogni dei cittadini e dalla esperienza degli attori del sistema.

Milano, 29 luglio 2014

Per i consigli direttivi

La presidente CEAL



(Dott.ssa Gabriella Feraboli)

Il presidente FeDerSerD



(Dott. Alfio Lucchini)



# Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno V, n. 17

MISSION n. 41

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

**Direttore scientifico:** Alfio Lucchini

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

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

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

## Acetaldeide ed Etanolo: piaceri e dolori del meccanismo d’azione dell’alcol

G. Muggironi, G.R. Fois, M. Diana\*

### Introduzione

Una teoria che ha acquisito rilevanza negli ultimi anni sostiene che le proprietà rinforzanti dell’alcol non siano prodotte dall’Etanolo *per se*, ma potrebbero dipendere dall’azione dei metaboliti dell’Etanolo all’interno del sistema nervoso centrale (CNS) (Correa *et al.*, 2012; Deitrich, 2004; Quertemont *et al.*, 2005c).

Questa teoria propone l’Etanolo come pro-farmaco e il metabolismo dell’etanolo ad acetaldeide all’interno del SNC potrebbe mediare molti, se non tutti, gli effetti centrali dell’Etanolo (Quertemont *et al.*, 2005a).

Le proprietà rinforzanti dell’alcol sono probabilmente indotte dall’Etanolo e dai suoi metaboliti attraverso una complessa serie di effetti periferici e centrali.

Inoltre una migliore comprensione del contributo dei metaboliti alle proprietà rinforzanti dell’alcol è indispensabile per lo sviluppo di nuove ed efficaci terapie per il trattamento dell’alcolismo.

### Breve storia dell’Acetaldeide e dell’alcolismo

L’acetaldeide è stata per diverso tempo considerata un composto esclusivamente tossico e in virtù delle sue proprietà avverse è stata utilizzata nella terapia dell’alcolismo (Suh *et al.*, 2006; Diana *et al.*, 2003).

\* ‘G. Minardi’ Laboratorio di Neuroscienze Cognitive, Dipartimento di Chimica e Farmacia, Università di Sassari, Sassari, Italia. [dsfdiana@uniss.it](mailto:dsfdiana@uniss.it)

L’aumento dei livelli ematici di acetaldeide causano una serie di tipici effetti conosciuti come ‘flushing syndrome’ (Suh *et al.*, 2006) ed includono sindromi ansiose, malessere, arrossamento del volto, aumento della frequenza cardiaca, sonnolenza (Escrig *et al.*, 2012). Hald e Jacobsen, nel 1948, riportarono sintomi avversi simili, in seguito al trattamento con disulfiram (tetraetil-tiouramdisulfide) e consumo di alcol, suggerendo in tal modo che il blocco dell’enzima aldeide deidrogenasi (ALDH) possa determinare un aumento dei livelli ematici di acetaldeide, che a sua volta, indurrebbe gli effetti avversi.

Il disulfiram o Antabuse è stato il primo farmaco approvato per il trattamento dell’alcolismo dalla Food and Drug Administration statunitense.

L’azione farmacologica principale del disulfiram coinvolge la ALDH che è responsabile della conversione dell’acetaldeide in acetato.

Il disulfiram inibisce ALDH e quindi aumenta la concentrazione di acetaldeide.

La maggior parte degli effetti avversi indotti dall’etanolo e potenziati dall’inibizione dell’ALDH attraverso l’azione sia del disulfiram che dalla cianammide, vengono attenuati dal 4-metilpirazolo (4-MP), un inibitore ADH (Kupari *et al.*, 1983; Stowell *et al.*, 1980).

In netto contrasto con questa idea, Chevens (1953) ha osservato che i pazienti trattati con disulfiram in concomitanza con basse dosi di Etanolo, non solo non manifestavano effetti avversi ma addirittura riferivano effetti piacevoli.

A sostegno di questa osservazione altri autori hanno riferito che gli inibitori ALDH possono potenziare gli

effetti euforici e piacevoli di basse dosi di Etanolo (Brown *et al.*, 1983).

Nel tempo diverse teorie hanno associato l'acetaldeide all'alcolismo (Carpenter e MacLeod, 1952; Davis *et al.*, 1970; Griffiths *et al.*, 1974; Myers e Veale, 1969; Walsh *et al.*, 1970), le teorie più stridenti sostengono addirittura che l'acetaldeide sia responsabile di tutti gli effetti indotti dall'etanolo tanto da dover definire l'alcolismo più propriamente "acetaldeismo" (Raskin, 1975; Walsh *et al.*, 1970).

## Metabolismo

L'Etanolo viene metabolizzato ad acetaldeide attraverso diversi meccanismi enzimatici, le principali vie enzimatiche sono costituite dall'alcol deidrogenasi (ADH), dal citocromo P4502E1 (CYP2E1) e dal sistema catalasi-H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>.

A livello periferico l'acetaldeide viene prodotta principalmente nel fegato ad opera dell'ADH; nel cervello, in cui l'ADH è inattivo (Zimatkin *et al.*, 1998), l'acetaldeide è formata principalmente attraverso l'azione del sistema catalasi-H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> (Sippel, 1974; Zimatkin, 1991).

Un prerequisito per la partecipazione dell'acetaldeide agli effetti comportamentali dell'Etanolo è la presenza di livelli farmacologicamente significativi di acetaldeide nel cervello dopo il consumo di alcol.

L'acetaldeide derivata dal metabolismo periferico dell'Etanolo penetra dal sangue al cervello con difficoltà a causa della barriera metabolica costituita dall'ALDH presente sulla la barriera ematoencefalica (BEE) (Deitrich, 1987; Eriksson e Sippel, 1977; Hunt, 1996; Zimatkin, 1991; Quertemont e Tambour, 2004).

Inoltre, nel fegato l'ALDH converte rapidamente l'acetaldeide in acetato e livelli molto bassi di acetaldeide vengono rilevati nel sangue dopo la somministrazione di dosi moderate di Etanolo (Quertemont e Tambour, 2004).

Tuttavia, questo meccanismo non fornisce una protezione assoluta del cervello perché a concentrazioni ematiche elevate l'acetaldeide può attraversare la BEE, infatti ulteriori ricerche hanno riportato che l'acetaldeide può essere rilevata nel cervello a pochi minuti dalla somministrazione periferica di alte dosi di acetaldeide (Ward *et al.*, 1997).

Pertanto, l'acetaldeide può saturare l'ALDH a livello periferico, permettendo così che una certa percentuale di acetaldeide penetri nel cervello (Quertemont *et al.*, 2005b).

Tuttavia, la fonte più plausibile di acetaldeide nel cervello è la biotrasformazione in situ dell'Etanolo sfuggito al metabolismo periferico.

Sebbene l'ADH non sia espressa nel cervello (Deitrich, 2011; Zimatkin e Buben, 2006), l'acetaldeide può essere generata dal sistema catalasi H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> e, in misura mino-

re, da CYP2E1 (Zakhari, 2006), entrambi presenti nel cervello (Aragon e Amit, 1992; Deitrich, 2011; Zimatkin *et al.*, 2006) in quantità farmacologicamente significative e da indurre effetti difficili da attribuire ai meccanismi periferici (Aragon *et al.*, 1992; Gill *et al.*, 1992; Hamby-Mason *et al.*, 1997; Person *et al.*, 2000; Zimatkin *et al.*, 1998).

Studi in vitro indicano che il sistema catalasi H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> è responsabile del 60% della produzione di acetaldeide cerebrale mentre CYP2E1 di circa il 15 al 20% (Zimatkin *et al.*, 2006).

Il blocco del metabolismo dell'etanolo ad acetaldeide mediato dal sistema catalasi H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> indotto da inibitori come il 3-aminotriazolo (3-AT), riduce diversi effetti indotti dall'Etanolo tra cui gli effetti ansiolitici (Correa *et al.*, 2008), l'intake di Etanolo nel ratto (Koechling e Amit, 1994; Tampieret *et al.*, 1995), e la place preference condizionata (CPP) nel topo (Font *et al.*, 2008).

Recentemente, Karahanian e colleghi (2011) hanno sviluppato vettori lentivirali progettati per inibire la sintesi del sistema catalasi H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, la loro somministrazione nella VTA ha ridotto i livelli del sistema catalasi H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> dal 70 al 80% (Quintanilla *et al.*, 2012; Tampier *et al.*, 2013), e ha praticamente abolito l'intake volontario di Etanolo (fino a 95%) in ratti UChB e ridotto il rilascio di dopamina nel nucleus accumbens (ACB) indotto dalla somministrazione acuta di Etanolo.

Questi effetti sostengono fortemente un ruolo di sistema catalasi H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> e quindi dell'acetaldeide nelle proprietà motivazionali di Etanolo.

## Proprietà rinforzanti dell'acetaldeide

L'acetaldeide possiede di per sé proprietà rinforzanti, questo suggerisce che alcuni degli effetti farmacologici e comportamentali dell'Etanolo possono essere dovuti alla formazione di acetaldeide, e sostengono il suo coinvolgimento nella dipendenza da Etanolo (Brown *et al.*, 1979; Correa *et al.*, 2012; Font *et al.*, 2006a, b; Peana *et al.*, 2009; Peana *et al.*, 2008; Peana *et al.*, 2010b; Quertemont *et al.*, 2005c).

L'acetaldeide induce CPP nei ratti se somministrata per via intracerebroventricolare (Smith *et al.*, 1984), viene autosomministrata direttamente nei ventricoli cerebrali (Brown *et al.*, 1979) e nell'area tegmentale ventrale (VTA) sia in ratti (McBride *et al.*, 2002) che in ratti alcol preferenti (Rodd-Henricks *et al.*, 2002).

Inoltre l'acetaldeide induce effetti motivazionali positivi non solo attraverso la somministrazione centrale, ma anche somministrata perifericamente, infatti, induce CPP somministrata per via intraperitoneale nei ratti (Quertemont e De Witte, 2001) e viene autosomministrata per via endovenosa (Myers *et al.*, 1984; Takayama e Uyeno, 1985).

Da sottolineare che l'acetaldeide induce CPP se somministrata per via intragastrica (Peana *et al.*, 2008), e viene auto-somministrata per via orale (Peana *et al.*, 2010b), via che simula la normale somministrazione dell'alcol nell'uomo.

Inoltre, l'acetaldeide stimola l'attività dei neuroni dopaminergici della VTA nel ratto in vivo (Foddai *et al.*, 2004).

Il blocco dell'alcool deidrogenasi tramite il 4-MP riduce la CPP indotta dall'Etanolo, l'autosomministrazione orale e la stimolazione del sistema DA mesolimbico (Foddai *et al.* Etanolo, 2004; Melis *et al.*, 2007; Peana *et al.*, 2008).

Inoltre, la riduzione dell'acetaldeide ottenuta tramite la somministrazione di agenti sequestranti come la D-penicillamina (DP), riduce la bevuta volontaria di Etanolo e sostiene l'ipotesi che alcuni degli effetti comportamentali (Font *et al.*, 2006b) e gratificanti (Font *et al.*, 2006a) dell'Etanolo siano mediati dall'acetaldeide

### Azioni dell'acetaldeide sulla VTA

La maggior parte delle sostanze d'abuso, tra cui l'Etanolo, stimolano il rilascio di dopamina (DA) nel circuito mesocorticolimbico (Di Chiara, 2002), pertanto, le proprietà rinforzanti dell'acetaldeide potrebbero essere mediate dall'aumento del rilascio di DA.

Attraverso l'utilizzo dell'auto-somministrazione intracranica (ICSA), Rodd-Henricks *et al.*, 2002 hanno dimostrato che i topi si autosomministrano l'acetaldeide direttamente nella VTA posteriore a concentrazioni 1.000 volte inferiori a quelle per l'Etanolo (Rodd-Henricks *et al.*, 2002; Rodd *et al.*, 2005; Rodd *et al.*, 2008). Sembra che la VTA posteriore sia considerevolmente più sensibile alle proprietà rinforzanti dell'acetaldeide rispetto a quelle dell'Etanolo.

In ratti alcol preferenti è stato osservato che l'acetaldeide viene autosomministrata per via intracerebroventricolare a dosi circa 2.000 volte inferiori rispetto alla dose di Etanolo (Rodd-Henricks *et al.*, 2002; Rodd *et al.*, 2005; Rodd *et al.*, 2008).

Questi dati suggeriscono che gli effetti rinforzanti dell'acetaldeide nella VTA posteriore potrebbero coinvolgere l'attivazione dei neuroni DA (Rodd *et al.*, 2005; Rodd *et al.*, 2008).

In accordo con questa ipotesi, Melis e colleghi (2007) hanno dimostrato che l'acetaldeide è essenziale per l'aumento del rilascio di DA nella shell del nucleus Accumbens (ACBSh) in quanto induce un aumento del rilascio di DA del 150%.

L'azione stimolante dell'acetaldeide sui neuroni della VTA, è stata dimostrata dagli effetti sia sul rilascio di DA che sulla frequenza di scarica dei singoli neuroni.

Infatti, la somministrazione endovenosa di acetaldeide induce un aumento dose-dipendente del firing dopami-

nergico nella VTA (Foddai *et al.*, 2004) a concentrazioni 50 volte più basse rispetto all'Etanolo.

Inoltre, il pretrattamento con 4-MP blocca la stimolazione della VTA indotta dall'Etanolo ma non ha alcun effetto sulla stimolazione indotta dall'acetaldeide (Foddai *et al.*, 2004), suggerendo che gli effetti stimolanti dell'Etanolo sulla VTA siano mediati dall'acetaldeide, questa osservazione è confermata dall'effetto della DPche, sequestrando l'acetaldeide, è in grado di bloccare gli effetti indotti dalla somministrazione intragastrica di Etanolo e acetaldeide (Enrico *et al.*, 2009).

Questi risultati indicano che l'acetaldeide è in grado di stimolare i neuroni dopaminergici della VTA al pari dell'Etanolo (Diana *et al.*, 2008) ma a concentrazioni molto più basse (Brodie e Appel, 1998; Brodie *et al.*, 1990).

Inoltre, l'effetto indotto dall'Etanolo è stato bloccato dalla somministrazione di 3-AT, in particolare Melis *et al.* (2007) hanno studiato l'effetto dell'acetaldeide su due correnti ioniche: la corrente A e la corrente h.

La corrente A è costituita da un rapido flusso in entrata di potassio che contribuisce all'iperpolarizzazione ed è coinvolto nella regolazione della frequenza di scarica dei neuroni dopaminergici della VTA (Koyama e Appel, 2006).

D'altra parte, la corrente h è una caratteristica corrente dei neuroni dopaminergici della VTA che si attiva a potenziali di membrana di circa 20 mV in negativo rispetto al potenziale di membrana a riposo; esso può contribuire alla frequenza di scarica spontanea dei neuroni DA della VTA, ma il suo ruolo principale è probabile che sia nella regolazione dell'eccitabilità e di integrazione del segnale sinaptico (Inyushin *et al.*, 2010).

In particolare, gli autori hanno osservato che l'inibizione del canale di tipo A per il K<sup>+</sup> contribuisce all'incremento degli effetti dell'acetaldeide sul firing DA, infatti il pretrattamento con un bloccante del canale ionico di tipo A, la 4-amminopiridina (4-AP), blocca il suo effetto sulla generazione del potenziale d'azione spontaneo.

Inoltre è stato osservato un significativo aumento nella corrente h prodotto dall'acetaldeide, mimando l'effetto dell'Etanolo che aumenta la corrente I<sub>h</sub> dei neuroni della VTA (Brodie e Appel, 1998; Okamoto *et al.*, 2006). Anche in questo caso gli autori hanno bloccato l'eccitazione indotta dall'acetaldeide con uno specifico bloccante ZD7288 della corrente I<sub>h</sub>.

Entrambi gli agenti bloccanti hanno ridotto l'eccitazione indotta dall'acetaldeide sui neuroni della VTA (Melis *et al.*, 2007).

Si osserva un incremento del firing rate dopo la somministrazione di 4-AP da sola, e non sono state osservate ulteriori variazioni sul firing con la somministrazione di acetaldeide in presenza di 4-AP.

Al contrario, ZD7288 da solo ha ridotto la frequenza di scarica dei neuroni dopaminergici della VTA (come è stato osservato da Okamoto *et al.*, 2006; ma non da altri autori quali Appel *et al.*, 2003), e nessuna eccita-

zione è stata indotta dall'acetaldeide in presenza di ZD7288.

La spiegazione più plausibile a questi dati suggerisce che l'Etanolo venga metabolizzato ad acetaldeide dal sistema catalasi  $H_2O_2$  nella VTA e che essa medi gli effetti centrali dell'Etanolo (Deehan *et al.*, 2013a; Deehan *et al.*, 2013b).

Nel complesso, sembra che l'acetaldeide abbia un ruolo fondamentale negli effetti dell'Etanolo sui neuroni dopaminergici della VTA, e il blocco della formazione di acetaldeide può ridurre gli effetti dopaminergici dell'Etanolo, e potrebbe costituire il punto di partenza per lo sviluppo di farmaci in grado di ridurre le proprietà gratificanti e di rinforzanti dell'alcol.

### Acetaldeide come bersaglio terapeutico

L'insieme di questi risultati suggerisce che le manipolazioni del metabolismo dell'Etanolo potrebbero influenzare le sue proprietà gratificanti e quindi essere utili nello scoraggiare l'assunzione di alcol.

I meccanismi attraverso i quali la riduzione dei livelli di acetaldeide potrebbe ridurre l'assunzione di alcol sono diversi.

Ad esempio, potrebbero essere sfruttate le proprietà chelanti l'acetaldeide dei composti tiolici (Nagasawa *et al.*, 1980), infatti, la somministrazione di agenti sequestranti l'acetaldeide, come la DP, riduce il consumo volontario di Etanolo, le proprietà motivazionali dell'acetaldeide (Font *et al.*, 2005, 2006b) l'intake di Etanolo nel paradigma di libera scelta dell'Etanolo nel topo (Font *et al.*, 2006a), riducendo la quantità di acetaldeide derivata dall'Etanolo a livello centrale (Font *et al.*, 2005; Serrano *et al.*, 2007).

Inoltre, la L-cisteina, riduce la place preference condizionata indotta da Etanolo (Peana *et al.*, 2009) e acetaldeide, oltre a ridurre l'autosomministrazione di Etanolo e acetaldeide (Peana *et al.*, 2010a; Peana *et al.*, 2012), infine riduce il rilascio di DA indotto da Etanolo e acetaldeide nel AcbSh (Sirca *et al.*, 2011).

In particolare, la modulazione del sistema catalasi  $H_2O_2$  mediante inibizione enzimatica (Melis *et al.*, 2007), o  $H_2O_2$ -scavenging può ridurre la formazione di acetaldeide nel sistema nervoso centrale e le proprietà motivazionali dell'Etanolo (Ledesma e Aragon, 2013; Ledesma *et al.*, 2012).

Infatti, poiché l'enzima catalasi utilizza  $H_2O_2$ , come co-substrato per la formazione di acetaldeide dall'Etanolo nel cervello (Cohen *et al.*, 1980; Sinet *et al.*, 1980), la formazione dell'acetaldeide può essere influenzata dalla manipolazione farmacologica di questo sistema. Di conseguenza, il pretrattamento con acido alfa lipoico, scavenger del  $H_2O_2$ , riduce la CPP indotta dall'Etanolo nei topi (Ledesma e Aragon, 2013) e riduce l'autosomministrazione orale di Etanolo nei ratti (Peana *et al.*, 2013).

Queste considerazioni suggeriscono ulteriori esperimenti per sondare l'uso di queste molecole come potenziali terapie sperimentali e potrebbero aiutare nell'elaborazione di nuovi trattamenti farmacologici efficaci nell'alcolismo.

### Conclusioni

Si ipotizza che molti degli effetti neurofarmacologici, neurochimici, neurotossici e comportamentali dell'Etanolo siano mediati dal suo primo metabolita, l'acetaldeide (Deitrich, 2004; Hunt, 1996; Quertemont *et al.*, 2005b; Quertemont e Tambour, 2004; Quertemont *et al.*, 2005c; Zimatkin *et al.*, 2006).

Inoltre, queste osservazioni suggeriscono che le proprietà motivazionali dell'Etanolo, e la stimolazione della trasmissione DAergica indotta dall'Etanolo, richiedano la presenza dell'acetaldeide.

La distinzione importante tra gli effetti centrali e periferici dell'acetaldeide suggerisce che molti degli effetti centrali di Etanolo potrebbe in realtà essere dipendenti dalle azioni del suo primo metabolita acetaldeide.

Anche se l'accumulo periferico di acetaldeide può indurre effetti tossici e avversi, alti livelli di questa sostanza possono raggiungere il cervello e genere effetti positivi.

In conclusione, l'acetaldeide può essere considerata un target per la ricerca di nuove terapie che riducano il consumo di alcol, l'abuso e l'alcolismo.

In generale il metabolismo dei farmaci può costituire un nuovo bersaglio per lo sviluppo di terapie utili nei vari disturbi legati alle dipendenze, non solo nell'abuso di alcol, ma utile anche in altre dipendenze come il tabacco (Pianezza *et al.*, 1998), l'eroina e la dipendenza da cocaina (Kreek *et al.*, 2005; Bough *et al.*, 2013).

### Bibliografia

- Aragon C.M., Amit Z. (1992), "The effect of 3-amino-1,2,4-triazole on voluntary ethanol consumption: evidence for brain catalase involvement in the mechanism of action", *Neuropharmacology*, 31: 709-712.
- Aragon C.M., Rogan F., Amit Z. (1992), "Ethanol metabolism in rat brain homogenates by a catalase- $H_2O_2$  system", *Biochem Pharmacol*, 44: 93-98.
- Brodie M.S., Appel S.B. (1998), "The effects of ethanol on dopaminergic neurons of the ventral tegmental area studied with intracellular recording in brain slices", *Alcohol Clin Exp Res*, 22: 236-244.
- Brodie M.S., Shefner S.A., Dunwiddie T.V. (1990), "Ethanol increases the firing rate of dopamine neurons of the rat ventral tegmental area in vitro", *Brain Res*, 508: 65-69.
- Brown Z.W., Amit Z., Rockman G.E. (1979), "Intraventricular self-administration of acetaldehyde, but not ethanol, in naive laboratory rats", *Psychopharmacology* (Berl), 64: 271-276.

- Brown Z.W., Amit Z., Smith B.R., Sutherland E.A., Selvaggi N. (1983), "Alcohol-induced euphoria enhanced by disulfiram and calcium carbimide", *Alcohol Clin Exp Res*, 7: 276-278.
- Bough K.J., Lerman C., Rose J.E., McClernon F.J., Kenny P.J., Tyndale R.F., David S.P., Stein E.A., Uhl G.R., Conti D.V., Green C., Amur S. (2013), *Biomarkers for Smoking Cessation: Clin Pharmacol Ther.*
- Carpenter R.K., MacLeod L.D. (1952), "The effects of ethyl alcohol and acetaldehyde on maze behaviour and motor co-ordination in rats", *J Ment Sci*, 98: 167-173.
- Chevens L.C. (1953), "Antabuse addiction", *Br Med J*, 1: 1450-1451.
- Cohen G., Sinet P.M., Heikkila R. (1980), "Ethanol oxidation by rat brain in vivo", *Alcohol Clin Exp Res*, 4: 366-370.
- Correa M., Manrique H.M., Font L., Eserig M.A., Aragon C.M. (2008), "Reduction in the anxiolytic effects of ethanol by centrally formed acetaldehyde: the role of catalase inhibitors and acetaldehyde-sequestering agents", *Psychopharmacology (Berl)*, 200: 455-464.
- Correa M., Salamone J.D., Segovia K.N., Pardo M., Longoni R., Spina L., Peana A.T., Vinci S., Acquas E. (2012), "Piecing together the puzzle of acetaldehyde as a neuroactive agent", *Neurosci Biobehav Rev*, 36: 404-430.
- Davis V.E., Walsh M.J., Yamanaka Y. (1970), "Augmentation of alkaloid formation from dopamine by alcohol and acetaldehyde in vitro", *J Pharmacol Exp Ther*, 174: 401-412.
- Deehan G.A., Brodie M.S., Rodd Z.A. (2013a), "What is in that drink: the biological actions of ethanol, acetaldehyde, and salsolinol", *Curr Top Behav Neurosci*, 13: 163-184.
- Deehan G.A., Engleman E.A., Ding Z.M., McBride W.J., Rodd Z.A. (2013b), "Microinjections of acetaldehyde or salsolinol into the posterior ventral tegmental area increase dopamine release in the nucleus accumbens shell", *Alcohol Clin Exp Res*, 37: 722-729.
- Deitrich R. (2011), "Ethanol as a prodrug: brain metabolism of ethanol mediates its reinforcing effects - a commentary", *Alcohol Clin Exp Res*, 35: 581-583.
- Deitrich R.A. (1987), "Specificity of the action of ethanol in the central nervous system: behavioral effects", *Alcohol Alcohol Suppl*, 1: 133-138.
- Deitrich R.A. (2004), "Acetaldehyde: déjà vu du jour", *J Stud Alcohol*, 65: 557-572.
- Diana M., Brodie M., Muntoni A., Puddu M.C., Pillolla G., Steffensen S., Spiga S., Little H.J. (2003), "Enduring effects of chronic ethanol in the CNS: basis for alcoholism", *Alcohol Clin Exp Res*, 27: 354-361.
- Di Chiara G. (2002), "Nucleus accumbens shell and core dopamine: differential role in behavior and addiction", *Behav Brain Res*, 137: 75-114.
- Diana M., Peana A.T., Sirca D., Lintas A., Melis M., Enrico P. (2008), "Crucial role of acetaldehyde in alcohol activation of the mesolimbic dopamine system", *Ann N Y Acad Sci*, 1139: 307-317.
- Enrico P., Sirca D., Mereu M., Peana A.T., Lintas A., Golosio A., Diana M. (2009), "Acetaldehyde sequestering prevents ethanol-induced stimulation of mesolimbic dopamine transmission", *Drug Alcohol Depend*, 100: 265-271.
- Eriksson C.J., Sippel H.W. (1977), "The distribution and metabolism of acetaldehyde in rats during ethanol oxidation-I. The distribution of acetaldehyde in liver, brain, blood and breath", *Biochem Pharmacol*, 26: 241-247.
- Eserig M.A., Pardo M., Aragon C.M., Correa M. (2012), "Anxiogenic and stress-inducing effects of peripherally administered acetaldehyde in mice: similarities with the disulfiram-ethanol reaction", *Pharmacol Biochem Behav*, 100: 404-412.
- Foddai M., Dosia G., Spiga S., Diana M. (2004), "Acetaldehyde increases dopaminergic neuronal activity in the VTA", *Neuropsychopharmacology*, 29: 530-536.
- Font L., Miquel M., Aragon C.M. (2005), "Prevention of ethanol-induced behavioral stimulation by D-penicillamine: a sequestration agent for acetaldehyde", *Alcohol Clin Exp Res*, 29: 1156-1164.
- Font L., Aragon C.M., Miquel M. (2006a), "Ethanol-induced conditioned place preference, but not aversion, is blocked by treatment with D-penicillamine, an inactivation agent for acetaldehyde", *Psychopharmacology (Berl)*, 184: 56-64.
- Font L., Aragon C.M., Miquel M. (2006b), "Voluntary ethanol consumption decreases after the inactivation of central acetaldehyde by d-penicillamine", *Behav Brain Res*, 171: 78-86.
- Font L., Miquel M., Aragon C.M. (2008), "Involvement of brain catalase activity in the acquisition of ethanol-induced conditioned place preference", *Physiol Behav*, 93: 733-741.
- Gill K., Menez J.F., Lucas D., Deitrich R.A. (1992), "Enzymatic production of acetaldehyde from ethanol in rat brain tissue", *Alcohol Clin Exp Res*, 16: 910-915.
- Griffiths R., Bigelow G., Liebson I. (1974), "Suppression of ethanol self-administration in alcoholics by contingent time-out from social interactions", *Behav Res Ther*, 12: 327-334.
- Hald J., Jacobsen E. (1948), "A drug sensitizing the organism to ethyl alcohol", *Lancet*, 2: 1001-1004.
- Hamby-Mason R., Chen J.J., Schenker S., Perez A., Henderson G.I. (1997), "Catalase mediates acetaldehyde formation from ethanol in fetal and neonatal rat brain", *Alcohol Clin Exp Res*, 21: 1063-1072.
- Hunt W.A. (1996), "Role of acetaldehyde in the actions of ethanol on the brain - a review", *Alcohol*, 13: 147-151.
- Isse T., Matsuno K., Oyama T., Kitagawa K., Kawamoto T. (2005), "Aldehyde dehydrogenase 2 gene targeting mouse lacking enzyme activity shows high acetaldehyde level in blood, brain, and liver after ethanol gavages", *Alcohol Clin Exp Res*, 29: 1959-1964.
- Karahanian E., Quintanilla M.E., Tampier L., Rivera-Meza M., Bustamante D., Gonzalez-Lira V., Morales P., Herrera-Marschitz M., Israel Y. (2011), "Ethanol as a prodrug: brain metabolism of ethanol mediates its reinforcing effects", *Alcohol Clin Exp Res*, 35: 606-612.
- Koechling U.M., Amit Z. (1994), "Effects of 3-amino-1,2,4-triazole on brain catalase in the mediation of ethanol consumption in mice", *Alcohol*, 11: 235-239.
- Koyama S., Appel S.B. (2006), "A-type K<sup>+</sup> current of dopamine and GABA neurons in the ventral tegmental area", *J Neurophysiol*, 96: 544-554.
- Kreek M.J., Nielsen D.A., Butelman E.R., LaForge K.S. (2005), "Genetic influences on impulsivity, risk taking,

- stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction”, *Nat Neurosci*, v. 8: 1450-7.
- Kupari M., Lindros K., Hillbom M., Heikkilä J., Ylikahri R. (1983), “Cardiovascular effects of acetaldehyde accumulation after ethanol ingestion: their modification by beta-adrenergic blockade and alcohol dehydrogenase inhibition”, *Alcohol Clin Exp Res*, 7: 283-???
- Ledesma J.C., Aragon C.M. (2012), “Lipoic acid, a scavenging agent for H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, reduces ethanol-stimulated locomotion in mice”, *Psychopharmacology* (Berl), 219: 171-180.
- Ledesma J.C., Aragon C.M. (2013), “Acquisition and reconditioning of ethanol-induced conditioned place preference in mice is blocked by the H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> scavenger alpha lipoic acid”, *Psychopharmacology* (Berl), 226: 673-685.
- Ledesma J.C., Font L., Aragon C.M. (2012), “The H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> scavenger ebselen decreases ethanol-induced locomotor stimulation in mice”, *Drug Alcohol Depend*, 124: 42-49.
- McBride W.J., Li T.K., Deitrich R.A., Zimatkin S., Smith B.R., Rodd-Henricks Z.A. (2002), “Involvement of acetaldehyde in alcohol addiction”, *Alcohol Clin Exp Res*, 26: 114-119.
- Melis M., Enrico P., Peana A.T., Diana M. (2007), “Acetaldehyde mediates alcohol activation of the mesolimbic dopamine system”, *Eur J Neurosci*, 26: 2824-2833.
- Myers R.D., Veale W.L. (1969), “Alterations in volitional alcohol intake produced in rats by chronic intraventricular infusions of acetaldehyde, paraldehyde or methanol”, *Arch Int Pharmacodyn Ther*, 180: 100-113.
- Myers W., Ng K., Singer G. (1984), “Ethanol preference in rats with a prior history of acetaldehyde self-administration”, *Experientia*, 40: 1008-1010.
- Nagasawa H.T., Elberling J.A., DeMaster E.G. (1980), “Structural requirements for the sequestration of metabolically generated acetaldehyde”, *J Med Chem*, 23: 140-143.
- Okamoto T., Harnett M.T., Morikawa H. (2006), “Hyperpolarization-activated cation current (I<sub>h</sub>) is an ethanol target in midbrain dopamine neurons of mice”, *J Neurophysiol*, 95: 619-626.
- Peana A.T., Assaretti A.R., Muggironi G., Enrico P., Diana M. (2009), “Reduction of ethanol-derived acetaldehyde induced motivational properties by L-cysteine”, *Alcohol Clin Exp Res*, 33: 43-48.
- Peana A.T., Enrico P., Assaretti A.R., Pulighe E., Muggironi G., Nieddu M., Piga A., Lintas A., Diana M. (2008), “Key role of ethanol-derived acetaldehyde in the motivational properties induced by intragastric ethanol: a conditioned place preference study in the rat”, *Alcohol Clin Exp Res*, 32: 249-258.
- Peana A.T., Muggironi G., Calvisi G., Enrico P., Mereu M., Nieddu M., Boatto G., Diana M. (2010a), “l-Cysteine reduces oral ethanol self-administration and reinstatement of ethanol-drinking behavior in rats”, *Pharmacol Biochem Behav*, 94: 431-437.
- Peana A.T., Muggironi G., Diana M. (2010b), “Acetaldehyde-reinforcing effects: a study on oral self-administration behavior”, *Front Psychiatry*, 1: 23.
- Peana A.T., Muggironi G., Fois G.R., Zinellu M., Sirca D., Diana M. (2012), “Effect of (L)-cysteine on acetaldehyde self-administration”, *Alcohol*, 46: 489-497.
- Peana A.T., Muggironi G., Fois G.R., Diana M. (2013), “Alpha-Lipoic Acid Reduces Ethanol Self-Administration in Rats *Alcohol Clin Exp Res*”, vol \*\*, n. \*: 1-7. DOI: 10.1111/acer.12169 (in press).
- Person R.E., Chen H., Fantel A.G., Juchau M.R. (2000), “Enzymic catalysis of the accumulation of acetaldehyde from ethanol in human prenatal cephalic tissues: evaluation of the relative contributions of CYP2E1, alcohol dehydrogenase, and catalase/peroxidases”, *Alcohol Clin Exp Res*, 24: 1433-1442.
- Pianezza M.L., Sellers E.M., Tyndale R.F. (1998), “Nicotine metabolism defect reduces smoking”, *Nature*, v. 393: 750.
- Quertemont E., De Witte P. (2001), “Conditioned stimulus preference after acetaldehyde but not ethanol injections”, *Pharmacol Biochem Behav*, 68: 449-454.
- Quertemont E., Eriksson C.J., Zimatkin S.M., Pronko P.S., Diana M., Pisano M., Rodd Z.A., Bell R.R., Ward R.J. (2005a), “Is ethanol a pro-drug? Acetaldehyde contribution to brain ethanol effects”, *Alcohol Clin Exp Res*, 29: 1514-1521.
- Quertemont E., Grant K.A., Correa M., Arizzi M.N., Salamone J.D., Tambour S., Aragon C.M., McBride W.J., Rodd Z.A., Goldstein A., Zaffaroni A., Li T.K., Pisano M., Diana M. (2005b), “The role of acetaldehyde in the central effects of ethanol”, *Alcohol Clin Exp Res*, 29: 221-234.
- Quertemont E., Tambour S. (2004), “Is ethanol a pro-drug? The role of acetaldehyde in the central effects of ethanol”, *Trends Pharmacol Sci*: 130-134, England.
- Quertemont E., Tambour S., Tirelli E. (2005c), “The role of acetaldehyde in the neurobehavioral effects of ethanol: a comprehensive review of animal studies”, *Prog Neurobiol*: 247-274, England.
- Quintanilla M.E., Tampier L., Karahanian E., Rivera-Meza M., Herrera-Marschitz M., Israel Y. (2012), “Reward and relapse: complete gene-induced dissociation in an animal model of alcohol dependence”, *Alcohol Clin Exp Res*, 36: 517-522.
- Raskin N.H. (1975), “Editorial: Alcoholism or acetaldehydism?”, *N Engl J Med*, 292: 422-423.
- Rodd Z.A., Bell R.L., McQueen V.K., Davids M.R., Hsu C.C., Murphy J.M., Li T.K., Lumeng L., McBride W.J. (2005), “Prolonged increase in the sensitivity of the posterior ventral tegmental area to the reinforcing effects of ethanol following repeated exposure to cycles of ethanol access and deprivation”, *J Pharmacol Exp Ther*, 315: 648-657.
- Rodd Z.A., Oster S.M., Ding Z.M., Toalston J.E., Deehan G., Bell R.L., Li T.K., McBride W.J. (2008), “The reinforcing properties of salsolinol in the ventral tegmental area: evidence for regional heterogeneity and the involvement of serotonin and dopamine”, *Alcohol Clin Exp Res*, 32: 230-239.
- Rodd-Henricks Z.A., Melendez R.I., Zaffaroni A., Goldstein A., McBride W.J., Li T.K. (2002), “The reinforcing effects of acetaldehyde in the posterior ventral tegmental area of alcohol-preferring rats”, *Pharmacol Biochem Behav*, 72: 55-64.
- Serrano E., Pozo O.J., Beltrán J., Hernández F., Font L., Miquel M., Aragon C.M. (2007), “Liquid chromatography/tandem mass spectrometry determination of (4S,2RS)-2,5,5-trimethylthiazolidine-4-carboxylic acid, a stable adduct formed between D(-)-penicillamine and acetaldehyde (main biological metabolite of ethanol), in plasma,

- liver and brain rat tissues”, *Rapid Commun Mass Spectrom*, 21: 1221-1229.
- Sinet P.M., Heikkila R.E., Cohen G. (1980), “Hydrogen peroxide production by rat brain in vivo”, *J Neurochem*, 34: 1421-1428.
- Sippel H.W. (1974), “The acetaldehyde content in rat brain during ethanol metabolism”, *J Neurochem*, 23: 451-452.
- Sirca D., Enrico P., Mereu M., Peana A.T., Diana M. (2011), “L-cysteine prevents ethanol-induced stimulation of mesolimbic dopamine transmission”, *Alcohol Clin Exp Res*, 35: 862-869.
- Smith B.R., Amit Z., Splawinsky J. (1984), “Conditioned place preference induced by intraventricular infusions of acetaldehyde”, *Alcohol*, 1: 193-195.
- Stowell A.R., Lindros K.O., Salaspuro M.P. (1980), “Breath and blood acetaldehyde concentrations and their correlation during normal and calcium carbimide-modified ethanol oxidation in man”, *Biochem Pharmacol*, 29: 783-787.
- Suh J.J., Pettinati H.M., Kampman K.M., O’Brien C.P. (2006), “The status of disulfiram: a half of a century later”, *J Clin Psychopharmacol*, 26: 290-302.
- Takayama S., Uyeno E.T. (1985), “Intravenous self-administration of ethanol and acetaldehyde by rats”, *Yakubutsu Seishin Kodo*, 5: 329-334.
- Tampier L., Quintanilla M.E., Mardones J. (1995), “Effects of aminotriazole on ethanol, water, and food intake and on brain catalase in UChA and UChB rats”, *Alcohol*, 12: 341-344.
- Tampier L., Quintanilla M.E., Karahanian E., Rivera-Meza M., Herrera-Marschitz M., Israel Y. (2013), “The Alcohol Deprivation Effect: Marked Inhibition by Anticatalase Gene Administration into the Ventral Tegmental Area in Rats”, *Alcohol Clin Exp Res*.
- Waller M.B., McBride W.J., Lumeng L., Li T.K. (1982), “Effects of intravenous ethanol and of 4-methylpyrazole on alcohol drinking in alcohol-preferring rats”, *Pharmacol Biochem Behav*, 17: 763-768.
- Walsh M.J., Truitt E.B., Davis V.E. (1970), “Acetaldehyde mediation in the mechanism of ethanol-induced changes in norepinephrine metabolism”, *Mol Pharmacol*, 6: 416-424.
- Ward R.J., Colantuoni C., Dahchour A., Quertemont E., De Witte P. (1997), “Acetaldehyde-induced changes in monoamine and amino acid extracellular microdialysate content of the nucleus accumbens”, *Neuropharmacology*, 36: 225-232.
- Zakhari S. (2006), “Overview: how is alcohol metabolized by the body?”, *Alcohol Res Health*, 29: 245-254.
- Zimatkin S.M. (1991), “Histochemical study of aldehyde dehydrogenase in the rat CNS”, *J Neurochem*, 56: 1-11.
- Zimatkin S.M., Buben A.L. (2006), “A novel method for evaluation of ethanol oxidation in living brain”, *Bull Exp Biol Med*, 142: 382-385.
- Zimatkin S.M., Liopo A.V., Deitrich R.A. (1998), “Distribution and kinetics of ethanol metabolism in rat brain”, in *Alcohol Clin Exp Res*: 1623-1627, United States.
- Zimatkin S.M., Pronko S.P., Vasiliou V., Gonzalez F.J., Deitrich R.A. (2006), “Enzymatic mechanisms of ethanol oxidation in the brain”, *Alcohol Clin Exp Res*, 30: 1500-1505.

# Indagare il consumo di alcol con i Social Network. Un nuovo modo di fare ricerca?

C. Zulli, A. Federico, L. Gaeta, A. Del Prete, M. Dallio, M. Romano, C. Loguercio\*

## Introduzione

Il consumo di alcol da parte degli adolescenti e giovani adulti rappresenta una problematica di elevato impatto sanitario e di notevole interesse sociale (Reavley J.N. e coll., 2011; Hibell B. e coll., 2009).

Se protratto nel tempo può causare l'insorgenza di patologie croniche e molto spesso si associa ad altri comportamenti a rischio per la salute (Hingson RW e coll., 2009; Windle M., 2003; Lee J.A. e coll., 1997).

La modalità di consumo alcolico più frequente tra i giovani è il "binge drinking" (Parada M. e coll., 2011), termine anglo-sassone che indica un consumo di cinque o più bevande in un lasso di tempo breve, come ad esempio in una singola uscita serale (Wechsler H. e coll., 2001).

Il binge drinking rappresenta una modalità di consumo di alcol particolarmente rischiosa in quanto risulta associata a un terzo circa di tutti gli incidenti stradali mortali che si verificano tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 20 anni.

Di solito questa "cattiva abitudine" del bere si acquisisce durante l'adolescenza (Stolle M. e coll., 2006; Stolle M. e coll., 2007) ed è particolarmente diffusa in alcuni paesi come gli Stati Uniti, dove interessa quasi il 90% degli adolescenti consumatori di alcol (Hibell B. e coll., 2009).

L'Italia è sempre stata considerata un paese in cui l'alcol, principalmente il vino rosso, viene consumato durante i pasti (Pyörälä E., 1990; ISTAT (Istituto Centrale di Statistica), 2010). Attualmente, invece, nel nostro paese si sta verificando un'inversione di tendenza a causa dell'aumento significativo del binge drinking specialmente tra i giovani (WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH), 2009).

Recentemente due indagini su scala nazionale condotte rispettivamente da ISTAT (ISTAT (Istituto Centrale di Statistica), 2009) e DOXA (DOXA, 2003) hanno raccolto un gran numero di dati sulla diffusione e sulle modalità di consumo di alcol tra i giovani.

Questi studi però sembrerebbero presentare alcune limitazioni.

I risultati ISTAT, infatti, si basano su un questionario inviato agli italiani al proprio domicilio e quindi compilato all'interno del nucleo familiare.

Questa modalità di intervista ha il rischio di sottostimare il fenomeno a causa della probabile inibizione psicologica derivante dal contesto familiare, oltre che dall'assenza di un controllo diretto della correttezza della risposta fornita.

L'indagine DOXA diversamente si basa su un'intervista proposta direttamente ai giovani da un esaminatore esperto.

La presenza di una figura sconosciuta, la vergogna di affrontare un argomento così delicato e le caratteristiche del contesto in cui tale questionario viene somministrato sono aspetti che possono influenzare in modo significativo i risultati ottenuti.

Altre indagini volte ad indagare il consumo di alcol tra gli adolescenti sono state proposte agli studenti direttamente nelle scuole, ma in questi casi i risultati potrebbero essere stati influenzati dalle caratteristiche del campione (Donato *et al.*, 1995; Limina *et al.*, 2010).

In ogni caso, il coinvolgimento in un progetto di ricerca nel campo della salute pubblica ed il successivo seguimiento dei partecipanti, specialmente quando questi siano soggetti giovani o adolescenti, risulta particolarmente arduo e necessita di uno sviluppo del progetto attento e dettagliato per cercare di massimizzare la partecipazione di queste fasce d'età in queste tipologie di indagine (Jones *et al.*, 2011).

I social networks, come ad esempio Facebook™, rappresentano potenziali strumenti per raggiungere e coinvolgere i giovani con facilità.

Circa 600 milioni di persone in tutto il mondo utilizzano i Social Networks quotidianamente ed il nostro paese è al nono posto nel mondo per numero di utenti Facebook (Internet World Stats, 2012). Infatti, in Italia il 25% della popolazione utilizza correntemente Facebook™ e circa il 50% degli utenti ha un'età compresa tra i 17 e 32 anni (Infostatistics, 2012).

Dalle analisi sulla frequentazione di siti di social networking come MySpace o Facebook™ è emerso che la visita di questi siti rappresenta la principale attività informatica svolta dagli adolescenti di età compresa tra gli 8 e i 18 anni, con una media di 22 minuti al giorno trascorsi alla consultazione.

Tra i giovani, in una giornata tipo il 40% visita almeno una volta al giorno un Social Network, con un tempo medio trascorso su questi siti di circa un'ora.

\* Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, F. Magrassi e A. Lanzara, Divisione di Epato-gastroenterologia, Centro Inter-Universitario di Ricerca su Alimenti, Nutrizione e Apparato Digerente - Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli, Italia.

La percentuale di giovani di età compresa tra gli 8 ed i 18 anni di età che utilizzano Social Networks varia dal 18% al 53% (Rideout *et al.*, 2010).

La comunità scientifica ha preso atto degli aspetti positivi legati all'utilizzo di social networks, come ad esempio la presenza di uno scambio di informazione tra persone di pari età, i tempi di risposta sempre più rapidi se non addirittura immediati, la possibilità di creare blog e gruppi di supporto; la presenza di un contesto sociale virtuale all'interno del quale poter proporre programmi di screening e di indagini scientifiche (Ahram *et al.*, 2012).

Inoltre, i social networks sono in grado di soddisfare efficacemente le umane necessità di comunicazione ed interazione tra individui, sia amici che sconosciuti, offrendo immediate possibilità di contatto con le istituzioni e di creazione di comunità virtuali.

Un'importante limitazione degli studi clinici basati su interviste, soprattutto nel caso di indagini riguardanti una tematica sociale e di salute così delicata da indagare come il consumo di alcol, è legata al raggiungimento ed al reclutamento di giovani ed adolescenti.

Per tale motivo lo scopo principale del presente studio è quello di evidenziare l'innovazione nel campo della modalità somministrazione di questionari e nell'espletamento di sondaggi per la raccolta di dati sanitari ed informazioni sensibili in una fascia d'età di difficile accesso qual è quella giovanile ed adolescenziale utilizzando i Social Networks, ed in particolar modo Facebook™.

Sulla base di tali considerazioni abbiamo ipotizzato che la diffusione di un questionario anonimo a soggetti giovani mediante Facebook™ potrebbe consentire di acquisire una grande quantità di informazioni e ottenere pareri scevri da condizionamenti esterni di qualsiasi genere.

Abbiamo quindi creato una pagina evento su Facebook nella quale è stato inserito un questionario volto ad indagare le caratteristiche demografiche del campione ed i diversi aspetti legati consumo di alcol, come le modalità di consumo, la frequenza e la quantità di assunzione, le associazioni con altri comportamenti a rischio per la salute ed la concomitante assunzione di eventuali altre sostanze d'abuso.

## Metodi

### Partecipanti

Sono stati invitati a partecipare all'evento dal nostro gruppo di ricercatori utenti Facebook italiani di età compresa tra i 16 ed i 32 anni.

In seguito la continuità di reclutamento è stata assicurata direttamente dagli utenti di Facebook attraverso un "passaparola" con la creazione di una catena di inviti spontanea.

L'obiettivo iniziale della fase di reclutamento era quello di dare visibilità all'evento in modo tale da consentire successivamente all'utente di poter accedere al questionario presente sulla pagina principale e di partecipare alle attività e alle discussioni presenti sulla pagina dell'evento.

### Modalità di rilevazione

Un evento Facebook è stato creato dagli assistenti in formazione dell'Unità di Epato-Gastroenterologia (Z.C. e G.L.), di età compresa tra i 24 e 27 anni, con esperienza nell'utilizzo dei Social Networks.

Il direttore dell'Unità di Epato-Gastroenterologia (C.L.) ha coordinato il gruppo di lavoro ed il progetto di ricerca.

L'evento Facebook è stato attivo sul social network per 89 giorni, dal 1 febbraio al 30 aprile 2011 e consisteva in una pagina privata di Facebook, visualizzabile soltanto da utenti di Facebook selezionati attraverso inviti.

Ogni utente invitato poteva liberamente decidere di partecipare all'evento, quindi di rispondere al questionario e di invitare utenti amici.

Questo approccio ha permesso quindi ai partecipanti di rispondere in maniera totalmente spontanea. La pagina dell'evento era costituita da una home page, una bacheca ed un elenco di partecipanti. Sulla pagina principale erano presenti le informazioni riguardanti il nostro gruppo di ricerca, le finalità dell'evento, i criteri dell'intervista e le istruzioni generali per la partecipazione al questionario.

Sulla bacheca era stato quindi posto un collegamento ipertestuale al questionario.

Oltre alla compilazione del questionario, gli utenti che avevano accettato di partecipare all'evento hanno potuto esprimere la propria opinione sull'iniziativa lasciando un commento personale sulla bacheca dell'evento.

### Contenuti dell'intervista

Sono stati valutati innanzitutto le variabili demografiche ed i parametri fisici (es. sesso, età, indice di massa corporea - BMI).

Il BMI è stato calcolato attraverso la formula riconosciuta internazionale: peso (kg) / altezza (m) <sup>2</sup>. La classe sociale di appartenenza è stata valutata con il titolo di studio. Il consumo alcolico è stato indagato attraverso domande relative alla quantità ed alla frequenza di consumo negli ultimi 12 mesi. Il tipo di bevanda poteva essere selezionato tra vino (rosso/bianco), birra (bionda/scura), cocktails alcolici, superalcolici.

Il consumo totale di alcol è stato calcolato sommando il numero di bevande consumate una singola "occasione" con il numero di bevande consumate in una settimana tipo.

L'unità alcolica (UA) era il drink, che corrisponde ad un bicchiere di vino, una lattina di birra o un bicchierino di superalcolico ed è equivalente a 11.5-13 g di alcol puro.

Le misurazioni delle UA sono state preventivamente spiegate agli intervistati.

Anche il binge drinking e l'heavy drinking (più di 7 bicchieri a settimana per le femmine e più di 14 drink alla settimana per maschi), la loro frequenza e l'associazione con comportamenti a rischio sono stati valutati.

I comportamenti a rischio associati al consumo di alcol sono stati indagati chiedendo a ciascun intervistato le proprie abitudini sul fumo di sigaretta e sull'uso di alcune droghe illegali.

Sono state analizzate anche altre variabili legate al consumo di alcol quali il contesto in cui si beve (es. a lavoro o in contesti familiari), il giorno della settimana preferito per bere ed i luoghi in cui si beve di solito (es. bar, pub, feste private, discoteche, casa).

### Analisi statistica

La statistica descrittiva è stata utilizzata per l'analisi dei dati inerenti le modalità di assunzione, le caratteristiche dei partecipanti e il consumo di alcol.

I risultati sono stati espressi in numero assoluto, percentuale, media  $\pm$  deviazione standard (SD). L'analisi statistica è stata eseguita con SPSS versione 13.0.

## Risultati

### Intervista

Durante gli 89 giorni di permanenza del questionario sul social network, utilizzando la catena spontanea di inviti attraverso il "passaparola", un totale di 1.846 utenti di Facebook sono stati aggiunti all'evento.

Ognuno di loro ha avuto la possibilità di poter visualizzare la bacheca dove era presente una breve descrizione del progetto di ricerca nonché di poter lasciare commenti all'evento, partecipare al questionario cliccando il collegamento ipertestuale.

I soggetti che hanno compilato il questionario sono stati 732, pari a circa il 40% degli invitati all'evento.

La frequenza delle adesioni all'evento era di circa 20 persone al giorno.

La frequenza di compilazione del questionario era di circa 8,2 persone al giorno.

Un totale di 202 utenti, circa il 28% degli intervistati, ha lasciato un commento all'iniziativa.

Quasi la totalità (98%) di questi sono stati a favore dell'iniziativa, mentre solo il 2% erano critiche negative.

Tra i commenti negativi erano presenti reclami sulla lunghezza del questionario, considerata eccessiva da due partecipanti, e la difficoltà nell'aver memoria dei consumi di alcol dell'ultimo anno.

Inoltre la maggior parte dei partecipanti che hanno commentato l'evento si è detta interessata al voler visualizzare i risultati del nostro sondaggio.

### Caratteristiche demografiche

Le principali caratteristiche demografiche, suddivise per sesso e classi di età, sono riportate in Tabella 1.

Tab. 1 - Nomi dei quotidiani italiani nazionali e locali, distribuzione e numero di articoli estratti

Numero totale (%)		Uomini	Donne
		290 (39,6%)	442 (60,4%)
Età 16-20 anni	Numero di intervistati (% rispetto al totale) BMI (media $\pm$ DS)	49 (16,9%) 24,03 $\pm$ 9,099	97 (22%) 21,36 $\pm$ 8,877
Età 21-25 anni	Numero di intervistati (% rispetto al totale) BMI (media $\pm$ DS)	146 (50,3%) 24,50 $\pm$ 7,476	246 (55,6%) 22,02 $\pm$ 8,094
Età 26-30 anni	Numero di intervistati (% rispetto al totale) BMI (media $\pm$ DS)	88 (30,4%) 25,12 $\pm$ 8,561	96 (21,7%) 22,03 $\pm$ 9,334
Età >30 anni	Numero di intervistati (% rispetto al totale) BMI (media $\pm$ DS)	7 (2,4%) 26,40 $\pm$ 11,905	3 (0,7%) 19,66 $\pm$ 6,833

In particolare, circa la metà degli intervistati (53,1%) era di età compresa tra i 21 e i 25 anni, il 24,6% tra i 26 e i 30 anni, il 19,7% tra i 16 e i 20 anni; solo l'1,4% aveva un'età superiore ai 30 anni. L'età media era di 21 anni per le donne e 27 anni per gli uomini.

I valori del BMI erano nei range di normalità (tra 19,1 e 24,9) nella maggior parte dei casi (52,4%). Il 24% degli intervistati era in sovrappeso, con un BMI compreso tra 25,1 e 30, mentre il 6,8% degli intervistati era obeso, con un valore di BMI oltre 30.

Il 4,6% degli intervistati era in sottopeso con un indice di massa corporea inferiore a 19 ed uno 0,4% aveva un valore del BMI inferiore a 16.

Il valore medio del BMI è stato superiore negli uomini rispetto alle donne.

La variabile socio-economica analizzata nel nostro studio era il livello di istruzione.

La maggioranza degli intervistati (54,6%) aveva il diploma di licenza superiore, il 39,1% era laureato e il 5,1% aveva la licenza media.

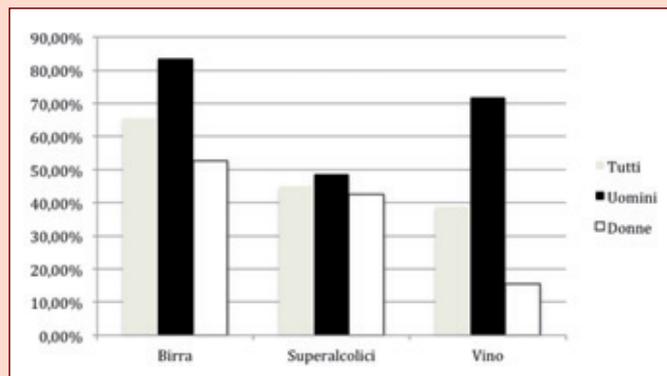
### Abitudini alcoliche

Un totale di 668 intervistati ha affermato di aver bevuto alcolici nell'ultimo anno (il 91% degli intervistati), di questi 389 erano donne (pari all'88,0% del totale delle donne intervistate) e 279 uomini (il 96,2% del totale degli uomini intervistati), con un consumo medio settimanale di alcol di 5 bevande per le donne (tra range 1-14) e di 4 bevande per gli uomini (range 1-12).

Questi soggetti sono quindi definiti consumatori. Il 95% dei consumatori di alcol non ha fornito una preferenza per una specifica bevanda alcolica ma per più bevande. La birra bionda è risultata la bevanda preferita dagli intervistati, scelta dall'83,5% dei consumatori maschi e del 52,6% delle donne.

Tra i consumatori, il 48,7% delle donne ed il 42,5% degli uomini hanno riferito di bere superalcolici. Il vino è risultato esser consumato dal 71,8% degli uomini e dal 15,4% delle donne (Fig. 1).

Fig. 1 - Scelta alcolica



Circa il 78% dei consumatori ha riferito di bere durante il fine settimana mentre il 13,2% di bere indifferentemente in qualsiasi giorno della settimana.

Le migliori occasioni per consumare alcol sono le feste (preferite dal 47% dei consumatori) e i bar o pub (44%).

Il 2% degli intervistati ha riferito di bere a casa davanti alla TV o al Computer.

Quasi il 90% degli uomini ed il 93,8% delle donne hanno riferito di bere in compagnia, mentre solo il 2,8% ha dichiarato di bere da solo.

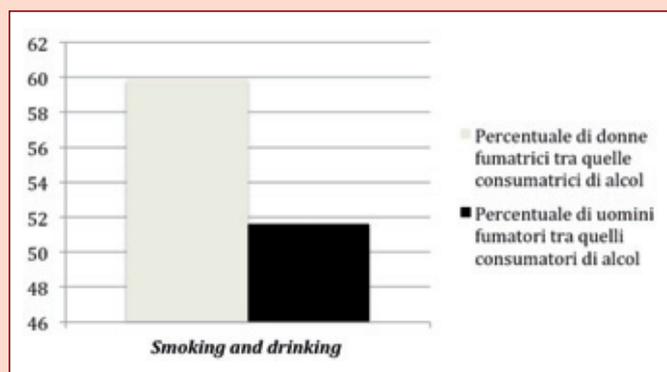
Il 5% degli intervistati erano forti bevitori (heavy-drinkers).

### Alcol e fumo

Circa il 52% del totale dei consumatori associa gli alcolici al fumo di sigaretta pari al 60% delle donne ed al 51,6% degli uomini (Fig. 2).

Tra i fumatori solo il 5% non aveva associato le sigarette agli alcolici nell'ultimo anno.

Fig. 2 - Differenza di genere nel consumo di alcol associate al fumo di sigaretta (smoking and drinking)



### Farmaci ed altre sostanze di abuso

Il 36% degli intervistati ha riferito un consumo cronico di farmaci (più di una volta alla settimana per almeno tre mesi).

La metà di questi assumeva anti-infiammatori non steroidei (FANS), il 15% anti-infiammatori steroidei (FAS), il 15% non ha specificato il tipo di farmaco mentre circa il 3% faceva uso di antidepressivi e/o ansiolitici.

L'11% delle donne assumeva pillole contraccettive.

Tra i consumatori di alcol, il 33,5% ha riferito l'uso concomitante di farmaci; il 18,5% di questi assumeva FANS, l'1,4% FAS, il 4,2% farmaci non specificati e l'1% antidepressivi e/o ansiolitici.

La pillola contraccettiva era utilizzata dal 6,4% delle ragazze consumatrici di alcol.

Il consumo di droghe avveniva nel 22,2% degli intervistati.

Il 97% degli intervistati che hanno segnalato l'uso di droghe illegali erano anche consumatori di alcol.

### Binge-drinkers

Circa la metà dei giovani intervistati (45,9%) sono risultati binge-drinkers.

Il 56% erano donne ed il 43,7% uomini, con un consumo di alcol medio per singola occasione di occasione di 6 drinks (range 5-10 drinks) per le donne e di 5 drinks (range 4-9) per gli uomini.

L'età media del binge-drinker è risultata essere di 24 anni (range 16-30), valore uguale a quello dei bevitori non binge-drinkers.

Il valore medio del BMI in questo gruppo di bevitori era di 21,8 per le donne e di 24,5 per i maschi, confermando che le differenze di genere nei valori di BMI sono indipendenti dal consumo di alcol (Tab. 2).

La maggior parte dei binge-drinkers (54%) avevano la licenza superiore, il 38% erano laureati.

I binge drinkers hanno espresso la preferenza del consumo di alcol durante il fine settimana (78,9%) mentre il 22,9% non aveva alcuna preferenza di giorno.

Tra i non binge-drinkers invece il 63,9% ha riferito di bere durante il fine settimana e il 9,8% non ha espresso preferenza di giorno.

La maggioranza (69%) dei binge-drinkers ha riferito di aver fumato nel corso dell'anno passato, mentre solo il 42,1% dei non binge-drinkers aveva fumato l'anno precedente.

Il valore medio di BMI era 23,7 per i non binge-drinkers e 23,6 per i binge drinkers.

È emersa una differenza nella quantità di farmaci utilizzati da binge-drinkers e non, in quanto tra i primi la percentuale di consumatori di ansiolitici e/o antidepressivi era quasi il doppio (Tab. 3).

Tab. 2 - Binge-drinkers

Numero complessivo: 336 Percentuale di intervistati: 45,9 %		
	Uomini Binge Drinkers	Donne Binge Drinkers
Numero (% di binge drinkers)	147 (43.7%)	189 (56.3%)
Età media (range)	24 (17-30)	24 (16-29)
BMI (media ± DS)	24,5 ± 4,091	21,8 ± 6,502

Tab. 3 - Principali differenze tra binge drinkers e non binge drinkers

	Binge Drinkers	Non Binge Drinkers
Bevute nel weekend	78.9%	63.9%
Bevute in qualsiasi giorno	22.9%	9.8%
Fumatori	69%	42.1%
Uso di Ansiolitici/Antidepressivi	3%	1.8%

## Discussione

Secondo il nostro parere l'importanza di questo studio sta principalmente nella novità del metodo adottato per il reclutamento dei giovani, basato sull'utilizzo di un Social Network per ottenere dai giovani in modo sicuro informazioni riservate.

Nel suo complesso Facebook si è rivelato un mezzo efficace sia per il reclutamento che per la diffusione dell'invito alla compilazione di un questionario sul consumo di alcol e di altre sostanze d'abuso.

Relativamente alle nostre conoscenze, il nostro è uno dei primi studi in cui un sondaggio volto a indagare una problematica sociale tanto importante quanto delicata quale è il consumo di alcol, viene proposto ai giovani utilizzando una catena di reclutamento a costo zero su un social network. Utilizzando questo semplice ed efficace strumento di reclutamento dei giovani, i ricercatori hanno necessità soltanto di avere familiarità con il mondo dei Social Network, conoscenze di base sul loro utilizzo, sui permessi necessari e le regole vigenti, infine sul come creare una rapida "catena di amicizie" per il lancio e la diffusione del sondaggio.

Questa modalità di indagine permette quindi una drastica riduzione dei costi e dei tempi.

Inoltre Facebook, il social network più utilizzato nel nostro paese, è totalmente gratuito e disponibile su Internet, e rappresenta quindi un supporto di ricerca a costo zero ed accessibile in tutto il mondo. Inoltre, sempre in base alle nostre conoscenze, questo è uno dei primi studi in cui gli intervistatori stessi erano anche i principali attori dell'intervista proposta.

Siamo stati infatti in grado di interagire di continuo ed in prima persona con i giovani intervistati per tre motivi fondamentali:

1. per aver fornito una gestione quotidiana in prima persona della pagina dell'evento su Facebook;
2. per l'atteggiamento amichevole nel fornire risposte ai commenti degli intervistati ed aiuti nella risoluzione delle difficoltà legate alla comprensione delle domande;
3. per il semplice ma concreto approccio da parte degli intervistatori al mondo dei giovani derivante dalla profonda comprensione delle abitudini e degli stili di vita per l'assenza del gap generazionale tra intervistatore ed intervistato.

Attraverso Facebook™ siamo riusciti a reclutare facilmente e rapidamente i giovani provenienti da tutto il territorio italiano.

Metodi di reclutamento basati sull'utilizzo di Internet sono già stati proposti in ambito scientifico, tra cui la pubblicità a pagamento sulle pagine Internet ed i collegamenti ipertestuali su diversi siti internet e sui forum di discussione online (Koo *et al.*, 2005; Gordon *et al.*, 2006; Graham *et al.*, 2009).

Due studi hanno usato pubblicità a pagamento su Facebook per reclutare i partecipanti (Abdesslem *et al.*, 2010; Williams *et al.*, 2011).

Un solo studio (Ramo *et al.*, 2010) ha paragonato tre modalità diverse per invitare giovani fumatori a completare un questionario on line:

1. annunci gratuiti sulle pagine Internet;
2. annunci su altre tipologie di siti Internet (tra cui Facebook, My Space e altri social Networks, Google Plus e altri siti di file-sharing);
3. inviti agli "on line research panels".

Il metodo 2 ha portato ad attrarre più giovani e più uomini rispetto agli altri ed ha prodotto le indagini complessivamente più complete, mentre i metodi 1 e 3 erano i più efficaci.

Le variabili demografiche non sono però state studiate. Uno studio canadese ha messo in evidenza come l'utilizzo della posta elettronica diretta per l'invio di sondaggi può costare dai \$ 14 ai \$ 27 per partecipante e le interviste effettuate mediante visita per facilitare il contatto faccia a faccia hanno all'incirca lo stesso costo (Jeffery *et al.*, 1990).

Uno studio del 2005 ha valutato l'utilità degli annunci su Facebook nell'invitare gli studenti universitari degli Stati Uniti a completare un sondaggio on line sull'abuso di oppiacei (Lord *et al.*, 2011).

Questo studio ha dimostrato che gli uomini e gli studenti bianchi erano i più propensi a rispondere con questa modalità di contatto.

Anche in questo caso però le caratteristiche demografiche dei partecipanti al sondaggio non sono state analizzate nel dettaglio.

Al momento dell'attuazione dei precedenti studi, però, Facebook™ era molto meno popolare rispetto ad oggi.

Su questo social network, i giovani utenti di età fino a 34 anni rappresentano oltre il 50% del totale degli utenti iscritti (Internet World Stats, 2012).

Gli utenti Facebook hanno la possibilità di condividere on line le informazioni della loro vita privata, creando un profilo di identità in un mondo virtuale parallelo quello reale.

In questa pagina personale condivisa su Facebook, gli utenti sono in grado di comunicare liberamente, senza inibizioni relative ai condizionamenti psicologici derivanti dai rapporti interpersonali presenti nella vita reale. In questo contesto gli intervistatori possono quindi ottenere risposte affidabili, riducendo in modo significativo l'influenza relativa alle inibizioni psicologiche legate al contesto familiare, all'ambito sociale ed alla modalità di contatto faccia a faccia.

In questo modo, le persone possono scegliere di rispondere in maniera spontanea e i partecipanti sono certi di non essere identificati per l'affidabilità della garanzia di anonimato nella compilazione del questionario.

Nel mondo scientifico, ad oggi, sono stati effettuati diversi studi per comprendere le modalità di reclutamento nella ricerca scientifica attraverso Facebook o altre reti sociali virtuali attraverso la creazione di gruppi di utenti su Facebook, reclutamento "a catena" o il campionamento "snowball" per ottenere adeguatezza di campionamento e rapidità nel reclutamento, ottenendo sempre ottimi risultati (Brickmann-Bhutta, 2009; Bull *et al.*, 2011; Egan *et al.*, 2011; Moreno *et al.*, 2011a; Moreno *et al.*, 2011b; Hoy *et al.*, 2012; Moreno *et al.*, 2012).

Questa modalità di reclutamento può essere efficace e redditizia, ma il suo potenziale di creare facilmente e rapidamente un campione rappresentativo è limitata a causa della reticenza della comunità scientifica sulla reale possibilità di un utilizzo sistematico dei social network per indagini scientifiche.

Oltre questo pregiudizio scientifico, altre limitazioni potrebbero derivare da fattori quali: a) la necessità di essere obbligatoriamente un "utente di Social Network" per poter essere reclutato; b) l'assenza di un controllo diretto nella compilazione del questionario proposto attraverso il web. Inoltre, è necessario considerare che questa modalità di reclutamento potrebbe presentare un errore di campionamento poiché i consumatori di alcol potrebbero essere maggiormente attratti dalla compilazione del questionario o semplicemente alla visualizzazione e partecipazione a questo tipo di evento Facebook rispetto ai non consumatori.

Per quanto concerne i risultati derivanti dal nostro studio, dati di notevole interesse riguardano l'associazione tra comportamenti a rischio per la salute (ad esempio fumo di sigaretta, uso di farmaci e di altre sostanze illegali) e il consumo di alcol.

Infatti è ben evidente come i risultati ottenuti rispecchino pienamente le attuali tendenze nel consumo di alcol, come già evidenziato da altri recenti studi (Donato *et al.*, 1995; WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH), 2009; Istituto Centrale di Statistica (ISTAT), 2010; Kračmarová *et al.*, 2011; Wicki *et al.*, 2012).

Negli ultimi anni l'utilizzo dei Social Network a scopi di ricerca sta aumentando lentamente ma tassi di crescita straordinari sono attesi nel prossimo futuro.

Come già dimostrato, oggi Facebook è in grado di aggiungersi alle tradizionali tecniche di reclutamento, in particolar modo per giovani ed adolescenti, oltre che di minimizzare la perdita dei contatti nelle fasi successive dei protocolli di studio (Jones *et al.*, 2011).

Prensky, un ricercatore esperto nel campo dell'apprendimento attraverso l'utilizzo di risorse presenti sul web, sostiene che gli studenti moderni ed i giovani in generale siano in grado di "pensare ed elaborare le informazioni in modo diverso" rispetto al mondo pre-digitale.

Le persone nate dagli anni '80 in poi sono chiamati "nativi digitali" per la forte predisposizione all'acquisizione di informazioni attraverso tecnologie digitali (Prensky, 2001).

I dati digitali possono essere creati e visualizzati ovunque, una caratteristica unica che può essere sfruttata per la creazione di una nuova modalità di istruzione, come già sperimentato da diverse scuole superiori, università o istituzioni del mercato multimediale.

Apple Computer iTunes™, marchio che domina il mercato informatico e la distribuzione dell'apprendimento via web, ha recentemente lanciato "iTunes University" dedicata a diffondere programmi educativi attraverso il web. Pertanto, diversi gruppi di ricercatori, soprattutto nel campo della ricerca socio-sanitaria, hanno iniziato ad utilizzare blog o micro-blog per proporre programmi educativi destinati a gruppi di individui ben definiti.

Per tali motivi, il nostro obiettivo futuro sarà di valutare eventuali differenze nei comportamenti a rischio legati al consumo di alcol ed altre sostanze dannose per la salute sottoponendo con le stesse modalità utilizzate per il primo questionario gli stessi utenti Facebook che hanno partecipato al sondaggio ad un programma educativo sul consumo ed abuso di alcol ed altre sostanze.

In una fase successiva la nostra intenzione sarebbe poi quella di esplorare virtualmente il mondo dei giovani e valutare il consumo di alcol "spiando" le loro abitudini alcoliche sui profili non privati di Facebook.

In conclusione, i social networks possono sicuramente essere un grande strumento per effettuare ricerca clinica su larga scala tramite sondaggi e questionari ed ottenere risposte veritiere alle domande semplici proposte e, probabilmente, anche per educare e sensibilizzare giovani a problematiche di salute di un certo impatto sociale.

## Bibliografia

- Abdeslem F.B., Parris I., Henderson T. (2010), "Mobile experience sampling: reaching the parts of Facebook other methods cannot reach", in Proceedings, 20120. Presented at: Privacy and Usability Methods Pow-Wow (PUMP); Sept 6, 2010; Dundee, UK. Available at: <http://research-repository.st-andrews.ac.uk/bitstream/10023/2016/1/pump2010.pdf>.
- Ahram T.Z., Karwowski W. (2012), "Visual social network analysis: effective approach to model complex human social, behavior & culture", *Work*, 41(0): 3504-10.
- Brickman-Bhutta C. (2009), *Association of Religion Data Archives*, Oct 27. Not by the Book: Facebook as a Sampling Frame. Available at: [www.thearda.com/workingpapers/download/Not%20by%20the%20Book%20-%20Bhutta.pdf](http://www.thearda.com/workingpapers/download/Not%20by%20the%20Book%20-%20Bhutta.pdf).
- Bull S.S., Breslin L.T., Wright E.E. *et al.* (2011), "Case study: An ethics case study of HIV prevention research on Facebook: the Just/Us study", *J Pediatr Psychol*, 36: 1082-92.
- Donato F., Monarca S., Chiesa R. *et al.* (1995), "Patterns and covariates of alcohol drinking among high school students

- in 10 towns in Italy: a cross-sectional study”, *Drug and Alcohol Dependence*, 37: 59-69.
- DOXA (2003), *Young People and Alcohol* (in Italian), Quaderni dell’Osservatorio Permanente sui Giovani e l’Alcol, Rome, Italy.
- Egan K.G., Moreno M.A. (2011), “Alcohol references on undergraduate males’ Facebook profiles”, *Am J Mens Health*, 5(5): 413-20.
- Gordon J.S., Akers L., Severson H.H. *et al.* (2006), “Successful participant recruitment strategies for an online smokeless tobacco cessation program”, *Nicotine Tob Res*, 8, Suppl 1: 35-41.
- Graham A.L., Milner P., Saul J.E. *et al.* (2008), “Online advertising as a public health and recruitment tool: comparison of different media campaigns to increase demand for smoking cessation interventions”, *J Med Internet Res*, 10(5): e50.
- Hibell B., Guttormson U., Ahlström S. *et al.* (2009), “The 2007 ESPAD report: Substance Use Among Students in 35 European Countries”, in *The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs*, Sweden, Stockholm: 1-408.
- Hingson R.W., Zha W., Weitzman E.R. (2009), “Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24, 1998-2005”, *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, 16: 12-20.
- Hoy M.G., Milne G. (2012), “Gender differences in privacy-related measures for young adult Facebook users”, *J Interact Advert*, 10(2): 28-45. Available at: <ftp://140.130.109.23/upload/CFIP/References/2010/JIAD-2010-10-02-028-Gender%20Differences%20in%20Privacy-Related%20Measures%20for%20Young%20Adult%20Facebook%20Users.pdf>.
- Infostatistics (2012), *Statistics: top 15 Facebook markets in 2012*. Number of users & Demographics in USA, Indonesia, India, Brazil, Mexico, Turkey, U.K., Philippines, France, Germany, Italy, Argentina, Canada...
- Internet World Stats (2012), *Facebook*. Available at: [www.internetworldstats.com/facebook.htm](http://www.internetworldstats.com/facebook.htm).
- Istituto Centrale di Statistica (ISTAT) (2009), *Sample Survey on Italian Population Health Status and on the use of Health Service in April 2009* (in Italian), ISTAT, Rome.
- Istituto Centrale di Statistica (ISTAT) (2010), *Sample Survey on Italian Population Health Status and on the use of Health Service in April 2010* (in Italian), ISTAT, Rome.
- Jeffery R.W., Hellerstedt W.L., Schmid T.L. (1990), “Correspondence programs for smoking cessation and weight control: a comparison of two strategies in the Minnesota Heart Health Program”, *Health Psychol*, 9(5): 585-98.
- Jones L., Saksvig B., Grieser M., Rohm Young D. (2012), “Recruiting adolescents girls into a follow-up study: Benefits of using a social networking website”, *Contemporary Clinical Trials*, Mar, 33(2): 268-72.
- Koo M., Skinner H. (2005), “Challenges of Internet recruitment: a case study with disappointing results”, *J Med Internet Res*, Mar 19, 7(1): e6.
- Kračmarová L., Klusová H., Petrelli F. *et al.* (2011), “Tobacco, alcohol and illegal substances: experiences and attitudes among Italian university students”, *Rev Assoc Med Bras*, 57(5): 523-8.
- Lee J.A., Jones-Web R., Short B.J. *et al.* (1997), “Drinking location and alcohol-impaired driving among high-school seniors”, *Addictive Behaviors*, 22: 387-393.
- Limina R.M., Donato F., Comincini F. *et al.* (200), “Alcohol consumption among high school students in Brescia, Italy” (Article in Italian), *Ann Ig*, Mar-Apr, 22(2): 165-75.
- Lord S., Brevard J., Budman S. (2011), “Connecting to young adults: an online social network survey of beliefs and attitudes associated with prescription opioid misuse among college students”, *Subst Use Misuse*, 46(1): 66-76.
- Miller J.W., Naimi T.S., Brewer R.D. *et al.* (2007), “Binge Drinking and associates Health Risk Behaviors Among High School Students”, *Pediatrics*, 119: 76.
- Moreno M.A., Christakis D.A., Egan K.G. *et al.* (2011a), “Associations Between Displayed Alcohol References on Facebook and Problem Drinking Among College Students”, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 166(2): 157-63.
- Moreno M.A., Christakis D.A., Egan K.G., Jelenchick L.A., Cox E., Young H., Villiard H., Becker T. (2011b), “A Pilot Evaluation of Associations Between Displayed Depression References on Facebook and Self-reported Depression Using a Clinical Scale”, *J Behav Health Serv Res*, 39(3): 295-304.
- Moreno M.A., Brockman L.N., Wasserheit J.N. *et al.* (2012), “A Pilot Evaluation of Older Adolescents’ Sexual Reference Displays on Facebook”, *J Sex Res*, 49(4): 390-9.
- Parada M., Corral M., Caamaño-Isorna F. *et al.* (2011), “Definition of adolescent binge drinking”, *Adicciones*, 23(1): 53-63. Review. Spanish.
- Prensky M. (2001), *Digital Game-Based Learning*, McGraw-Hill, New York. ISBN 0-07-136344-0.
- Pyörälä E. (1990), “Trends in alcohol consumption in Spain, Portugal, France and Italy from the 1950s until the 1980s”, *Br J Addict.*, 85(4): 469-77. Review.
- Ramo D.E., Hall S.M., Prochaska J.J. (2010), “Reaching young adult smokers through the internet: comparison of three recruitment mechanisms”, *Nicotine Tob Res*, 12: 768-75.
- Reavley J.N., Jorm A.F., McCann T.V. *et al.* (2011), “Alcohol consumption in tertiary education students”, *BMC Public Health*, 11: 545.
- Rideout R.J., Foehr U.G., Roberts D.F. (2010), *Generation M2 media in the lives of 8- to 18 years-olds*, Henry J. Kaiser Foundation. Available at: [www.kff.org/entmedia/upload/8010.pdf](http://www.kff.org/entmedia/upload/8010.pdf).
- Stolle M., Sack P.M., Thomasius R. (2009), “Binge Drinking in Childhood and Adolescence. Epidemiology, Consequences and Interventions” (Review Article), *DtschArzteblInt*, 106(19): 323-8.
- Wechsler H., Nelson T.F. (2001), “Binge drinking and the American college student: what’s five/four drinks?”, *Psychol Addict Behav*, 15: 287-291.
- WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) (2009), United Nations, data range 1990-2006, *Italian Socioeconomic context*. Available at: [http://ec.europa.eu/health/alcohol/policy/country\\_profiles/italy\\_country\\_profile.pdf](http://ec.europa.eu/health/alcohol/policy/country_profiles/italy_country_profile.pdf).
- Wicki M., Kuntsche E., Gmel G. (2010), “Drinking at European universities? A review of students’ alcohol use” *Addict Behav*, 35(11): 913-24. Review.
- Williams M.T., Proetto D., Casiano D. *et al.* (2012), “Recruitment of a hidden population: African Americans with obsessive-compulsive disorder”, *Contemp Clin Trials*, 33: 67-75.
- Windle M. (2003), “PH.D. Alcohol Use Among Adolescents and Young Adults”, *Alcohol Research and Health*, 27(1): 79-86.

# Addiction Research Report.

## Progetto ‘Alcol, meno è meglio’: risultati di un programma italiano di prevenzione per la riduzione dei consumi pro-capite basato su un approccio di comunità

Emanuele Sorini<sup>1</sup>, Vincenzo Bagnardi<sup>2</sup>, Davide Di Salvatore<sup>2</sup>, Valentina Assi<sup>2</sup>, Giovanni Corrao<sup>2</sup>, Renzo De Stefani<sup>3</sup> & Collaborative ‘Alcohol, less is better’ Group\*

### Introduzione

Il consumo di alcolici è uno dei principali determinanti di salute.

È stato dimostrato che l'alcol causa approssimativamente il 3,6% della mortalità mondiale e raggiunge il 4,6% della morbilità globale [1].

Sebbene le persone alcol dipendenti e i bevitori problematici siano ad alto rischio di problemi alcol correlati, una grande parte di problemi insorge in bevitori moderati o a basso consumo che rappresentano la maggioranza della popolazione.

Di conseguenza per prevenire i problemi alcol correlati, gli interventi dovrebbero essere indirizzati all'intera popolazione invece che solo ai forti bevitori [2].

In gran parte è il consumo totale di alcol che contribuisce principalmente al carico di malattie alcol correlate, sebbene si è riscontrato che anche le modalità di consumo sono un fattore che può influenzare alcune condizioni (per es. le malattie coronariche e gli incidenti [3-4]).

Di conseguenza una modalità per ridurre la prevalenza dei problemi alcol correlati e quella di ridurre i livelli medi di consumo di alcol [5].

1. NOA-Ser.T., Dipartimento delle Dipendenze, ASL Cremona, Cremona, Italia. sorivela@gmail.com

2. Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano, Italia. vincenzo.bagnardi@unimib.it

3. Dipartimento di Salute Mentale, Trento, Italia.

\* A. Baselice (Salerno), F. Bazzoli, C. Dal Lago, F. Valenti (Trento), S. Beltramolli, A. Bonomi, M. Pizzini, A. Rinaldi, R. Zocchi (Valle del Chiese, Trento), F. Brandi, D. Corioni (Gussago, Brescia), G. Cavaliere, G. Manz, S. Pirazzo (Salerno), B. Bottoli, A. M. Camisani, P. Conti, C. Giorgi, C. Ubaldini (Cremona), R. Cuni (Trento), M. Bontadi, S. Herzog, P. Voltolini, L. Pellegrini, C. Petrolli (Rovereto, Trento), S. Lucantoni, V. Matteucci (Perugia).

### Descrizione della ricerca

Nei paesi sviluppati, il consumo di alcol è difficile da ridurre per la sua endemicità e per la sua accettazione sociale.

Come segnalato da Room *et al.* [6] se è vero che gli approcci medici possono rispondere ai problemi alcol correlati, essi hanno bisogno di essere rinforzati da una interventi di salute pubblica basati su un approccio di comunità.

Recentemente un numero di sperimentazioni basate su questo approccio sono state realizzate per ottenere una riduzione dei danni alcol correlati utilizzando una varietà di interventi e di strategie [7].

Sebbene l'efficacia di questi approcci sia ancora in discussione, sono comparsi alcuni risultati incoraggianti. In uno studio quasi-sperimentale di prevenzione condotto in tre comunità negli Stati Uniti è stato osservato un significativo calo delle modalità di consumo ad alto rischio [9].

In un programma di intervento di comunità in Svezia e mirato ai giovani, si è osservata una riduzione delle modalità di bere dannoso [10].

Ambedue i progetti si basano su un approccio sistemico di comunità, definito da Holder [11] come:

1. occuparsi di un ampio range di comportamenti a rischio;
2. valutare l'intera comunità;
3. offrire interventi che possano condizionare l'ambiente sociale e promuovere i processi decisionali.

Una parte cruciale dell'approccio e quello di lavorare affinché la comunità e non tanto i ricercatori del progetto, assuma la responsabilità principale per l'implementazione del progetto stesso.

Comunque queste evidenze di efficacia non possono essere facilmente applicate alla popolazione mediterranea europea, poiché tutte le valutazioni dei programmi di prevenzione basati su un approccio di comunità sono state realizzate in Nord America, Nord Europa o Australia, territori che sono caratterizzati da differenti modalità di consumo di alcol e da differenti atteggiamenti culturali.

In questa pubblicazione riportiamo i risultati a breve termine del progetto “Alcol, meno è meglio” un sperimentazione controllata basata sull’approccio di comunità condotta in Italia e finalizzata a ridurre il consumo medio di alcol nella popolazione generale.

## Metodi

Alcol, meno è meglio, è un progetto di intervento controllato quasi-sperimentale (non randomizzato).

## Programma di intervento

Il programma di intervento ha utilizzato un approccio sistemico di comunità basato sul coinvolgimento attivo dei leaders della comunità, delle istituzioni e delle organizzazioni di volontariato.

Il principale obiettivo è stato quello di ottenere cambiamenti degli atteggiamenti nei confronti del “bere” nella popolazione studiata.

Le comunità di intervento sono state identificate inizialmente dagli stessi sperimentatori. Una comunità è stata definita come una singola municipalità, una aggregazione legalmente riconosciuta di piccole municipalità o un quartiere cittadino che condivide servizi sociali, offerte scolastiche e di salute, centri di aggregazione giovanile e oratori. Ogni comunità non doveva essere superiore a 30.000 abitanti.

Il progetto è stato successivamente proposto ad un gruppo locale composto da sindaci, rappresentanti locali dei servizi sanitari e delle associazioni di volontariato.

Nessuna comunità ha rifiutato di partecipare. Il programma di intervento più dettagliato è stato poi definito in un gruppo di coordinamento, costituito dai membri “chiave” della popolazione, con lo scopo di coinvolgere e rendere responsabile la stessa comunità nella pianificazione dell’intervento.

Il gruppo di coordinamento inoltre aveva il compito di realizzare gli interventi dal punto di vista pratico.

Le azioni di intervento sono state realizzate in 2 fasi consecutive.

Nei primi sei mesi sono state censite e contattate le organizzazioni di volontariato e pubbliche allo scopo di coinvolgerle nella realizzazione del progetto.

Al termine è stata organizzata una task force, lo staff è stato formato e reso operativo e sono state pianificate le attività nel territorio.

La seconda fase della durata di 2 anni ha previsto due diversi tipi di azione.

La prima aveva lo scopo di raggiungere e informare la popolazione residente sugli scopi del progetto.

In particolare sono state inviate pieghevoli della “Carta Europea sull’Alcol” alle famiglie residenti, sono stati organizzate feste analcoliche, altri eventi pubblici che

promuovono stili di vita sani e sono state pubblicati articoli sui giornali locali.

In alcune aree una unità mobile ha presenziato agli eventi pubblici con lo scopo di distribuire materiali informativi.

Il secondo tipo di azioni, caratterizzate da un lavoro più intenso su target specifici, ha avuto lo scopo di sensibilizzare ed educare la popolazione in tema di problemi alcolcorrelati.

Per i bambini e gli adolescenti sono stati realizzati incontri nelle scuole primarie, secondarie di primo e secondo grado, negli oratori e nelle associazioni sportive.

Sono stati organizzati incontri anche con genitori, insegnanti, istruttori delle scuole guida, medici, rappresentanti delle forze dell’ordine, membri delle associazioni di volontariato e cittadini.

Sono stati anche realizzati eventi analcolici e incontri nei centri anziani.

Quando una comunità era rappresentata da più comuni, tutte le azioni sono state realizzate per l’intera comunità (per es. i residenti di un comune erano invitati ad una singola festa analcolica del territorio).

Gli indicatori della valutazione di processo sono stati descritti nelle tabelle informative di supporto (vedi dettagli al termine della pubblicazione).

## Disegno dello studio e campionamento

Tra il 1999 e il 2006, sono stati condotti i progetti di intervento in 10 comunità, coinvolgendo 123.235 abitanti.

Sette comunità erano del Nord Italia (una in una area della provincia di Brescia qui abbreviata come BS, quattro nell’area Cremona CR1, CR2, CR3, CR4, e due nell’area Trento TN1 e TN2), due nel centro (area di Perugia, PG1 e PG2) e una nel sud (area di Salerno, SA).

Ad ogni comunità di intervento sono state appaiate comunità di controllo utilizzando i seguenti criteri:

1. la stessa area geografica delle comunità di intervento;
2. non confinante con la comunità di intervento;
3. stessa struttura territoriale delle comunità di intervento (singoli comuni, oppure aggregazione di piccoli comuni legalmente riconosciuta, quartieri cittadini).

Le comunità di intervento e le comunità di controllo sono state scelte contemporaneamente.

Ai sindaci e ai rappresentanti del servizio sanitario delle comunità di controllo non è stato offerto il programma di intervento ma l’opportunità di una valutazione dello stato di salute della popolazione.

Per motivazioni di ordine economico non è stato possibile selezionare un gruppo di controllo per 2 comunità (CR4 e PG2).

Una descrizione delle caratteristiche delle comunità di intervento e di controllo è riportata nelle schede infor-

mative di supporto (vedi i dettagli alla fine della pubblicazione).

In ognuna delle comunità di intervento e di controllo un gruppo di persone al di sopra dei 15 anni è stato selezionato in modo casuale utilizzando le anagrafi comunali ed è stato successivamente valutato.

In totale nel gruppo di intervento sono state selezionate 5623 persone che sono state comparate con 4560 persone appartenenti alle comunità di controllo.

Una prima indagine è stata condotta in ogni coppia di comunità di intervento e di controllo durante il secondo trimestre del primo anno, prima dell'inizio delle attività di sensibilizzazione ed informazione (indagine basale).

Per l'indagine è stato usato il questionario HSQ (Health Survey Questionnaire) [13]. L'uso di alcol è stato indagato attraverso una scala quantità/frequenza.

In particolare sono stati raccolti i dati della frequenza del consumo (numero totale di giorni alla settimana negli ultimi 3 mesi) e della quantità del consumo (bicchieri in un giorno tipico di consumo di alcol) per tipo di bevanda alcolica (vino, birra, aperitivi, e superalcolici). Sono anche state raccolte informazioni sul consumo di sigarette e sull'attività fisica.

Per ottenere un numero di risposte accettabile, è stato sviluppato un modello misto di valutazione utilizzando sia questionari postali che interviste telefoniche.

Una copia del questionario è stata spedita ad ogni persona selezionata.

Un mese più tardi è stata spedita una seconda copia del questionario alle persone non rispondenti.

Dopo un altro mese, i rimanenti non-rispondenti sono stati intervistati telefonicamente.

Le interviste telefoniche sono durate in media 6 minuti. Questo programma di valutazione ha prodotto una risposta del 70% e del 68% rispettivamente del campione di intervento e di controllo.

L'insieme dei non rispondenti era leggermente più giovane dei rispondenti (età media 45 anni vs 47 anni) e più spesso di genere femminile (53.7% vs 51.5%).

Durante il trimestre successivo alla fine delle programma di intervento, i rispondenti sono stati nuovamente intervistati utilizzando lo stesso modello misto e lo stesso questionario (indagine di follow-up).

Il tasso di risposta è stato 86% e 85% rispettivamente nel campione di intervento e in quello di controllo, raggiungendo così un totale di 5840 questionari con informazioni complete relative al basale e al follow-up (3382 schede delle comunità di intervento e 2644 schede delle comunità di controllo).

La media dell'intervallo di tempo tra l'intervista prima e dopo l'intervento è di 2.25 anni.

Una copia del consenso informato è stata inserita nel questionario postale.

Per le interviste telefoniche il consenso informato è stato ottenuto verbalmente.

È stata assicurata a tutti gli intervistati la privacy.

## Analisi dei dati

Si è definito come outcome principale dello studio di valutazione la differenza assoluta nel consumo individuale settimanale di alcol tra l'intervista al basale e quella al follow-up.

Il consumo totale settimanale di alcol (in grammi) è stato calcolato assumendo 15.7 gr di alcol per un bicchiere di 150 ml di vino, 17,6 gr. per una bottiglia di birra da 330 ml, 13.1 gr. per un aperitivo standard (75 ml) e 12.9 gr. per un superalcolico standard (40 ml).

Il consumo totale di alcolici è stato convertito in numero di drink standard, assumendo un drink equivalente a 12 gr. di etanolo.

Le differenze tra le distribuzioni delle variabili continue e categoriche nei campioni di intervento e di controllo sono state valutate usando rispettivamente il test *t* di Student e il test  $\chi^2$  di Pearson.

L'efficacia dell'intervento è stata valutata calcolando la differenza della media del cambiamento del consumo individuale rispetto al basale tra il campione di controllo e quello di intervento, stimata con un modello di regressione lineare a intercette casuali.

La singola comunità appaiata (l'intervento e il suo controllo) è stata modellata come effetto casuale, al fine di tener conto dell'effetto cluster dovuto alla correlazione delle osservazioni all'interno di ogni comunità [16].

Le due comunità di intervento non appaiate con un controllo sono state anch'esse considerate nel modello come effetti casuali.

Il consumo di alcol al basale, il genere, l'età, l'abitudine al fumo, l'attività fisica e la modalità di risposta sono stati considerati nel modello come effetti fissi.

Sono state condotte analisi stratificate per genere, classe di età, abitudine al fumo, attività fisica e modalità di risposta.

L'eterogeneità dell'effetto dell'intervento tra gli strati è stata valutata includendo nel modello il relativo termine di interazione.

Inoltre è stata condotta un'analisi delle transizioni tra categorie di consumo di alcol. Poiché la distribuzione del consumo era molto differente tra uomini e donne (consumo medio di 13.3 drinks/settimana nei consumatori uomini e 6.6 drinks/settimana nelle consumatrici), le categorie di consumo sono state definite in modo differente in accordo al genere e le analisi condotte separatamente.

Modelli di regressione log-lineare sono stati utilizzati per valutare le differenze tra gruppo di intervento e gruppo di controllo nel rapporto tra la percentuale di soggetti passati a una categoria di consumo superiore e la percentuale di soggetti passati a una categoria inferiore.

Tutte le analisi sono state condotte con il software SAS, versione 9.1 (Cary, NC, USA). Tutti i p-value riportati sono stati valutati a due code.

## Risultati

Le caratteristiche dei soggetti con informazioni complete al basale e al follow-up sono presentati in tab. I.

I campioni di intervento e di controllo erano distribuiti in modo simile per genere, abitudini al fumo e attività fisica.

Le persone del campione di intervento erano leggermente più giovani rispetto a quelle del campione di controllo (età media 46 anni contro 48 anni,  $P < 0,001$ ).

La prevalenza di bevitori era simile tra i 2 campioni (58,3% contro 60,3%,  $P = 0,11$ ).

La media del consumo di bevande alcoliche tra i bevitori era di 10.7 drinks per settimana nel gruppo di inter-

vento e 10.5 drinks per settimana nel campione di controllo ( $P = 0,52$ ). La media del consumo al basale, tenendo conto anche dei non consumatori, era di 6.3 drinks alla settimana sia nel campione di intervento sia in quello di controllo ( $p = 0,79$ ).

Il consumo medio procapite ha mostrato un incremento non significativo tra basale e follow-up nel gruppo di controllo (+0.3% drinks/settimana  $P = 0,08$ ), mentre un decremento significativo è stato osservato nel campione di intervento (-1.1% drinks/settimana  $P < 0,0001$ ) (fig. 1).

La riduzione dei consumi pro-capite non è sostanzialmente mutata anche dopo aver escluso i 2 campioni di intervento senza controllo (-1.3 drinks/settimana).

Tab. I - Caratteristiche del campione. Progetto "alcol, meno è meglio" 1999-2006

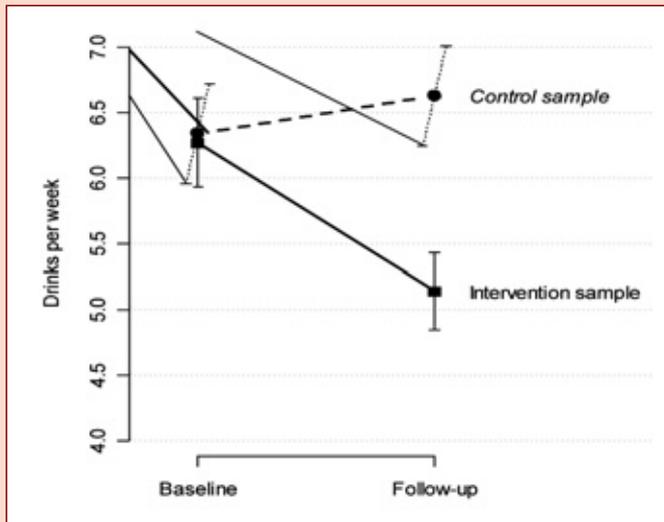
	Study sample		P-value *
	Intervention	Control	
No. of subjects	3382	2644	
Gender (%)			
Male	48.6	47.2	0.30
Female	51.4	52.8	
Age group at baseline (%)			
15-24	12.0	10.2	0.0007
25-44	36.1	34.3	
45-64	33.0	32.5	
≥ 65	18.9	23.0	
Smoking status at baseline (%)			
Smokers	26.5	24.5	0.10
Nonsmokers	73.5	75.5	
Smoking intensity in smokers at baseline (cigarettes per day) †	11.3 (8.0)	11.6 (8.3)	0.50
Physical activity at baseline (%)			
Yes	29.4	30.8	0.28
No	70.6	69.2	
Days of physical activity per week at baseline †	3.1 (1.6)	3.2 (1.7)	0.59
Alcohol drinking status at baseline (%)			
Drinkers	58.3	60.3	0.11
Nondrinkers	41.7	39.7	
Alcohol consumption in drinkers at baseline (drinks per week) †	10.7 (11.3)	10.5 (11.0)	0.52
Response mode (Baseline/Follow-up ‡) (%)			
Mail/Mail	63.1	64.0	<0.0001
Telephone/Mail	11.1	6.8	
Mail/Telephone	7.5	14.0	
Telephone/Telephone	18.4	15.2	

\* Pearson  $\chi^2$  test for categorical variables and Student *t* test for continuous variables.

† Mean and Standard Deviation.

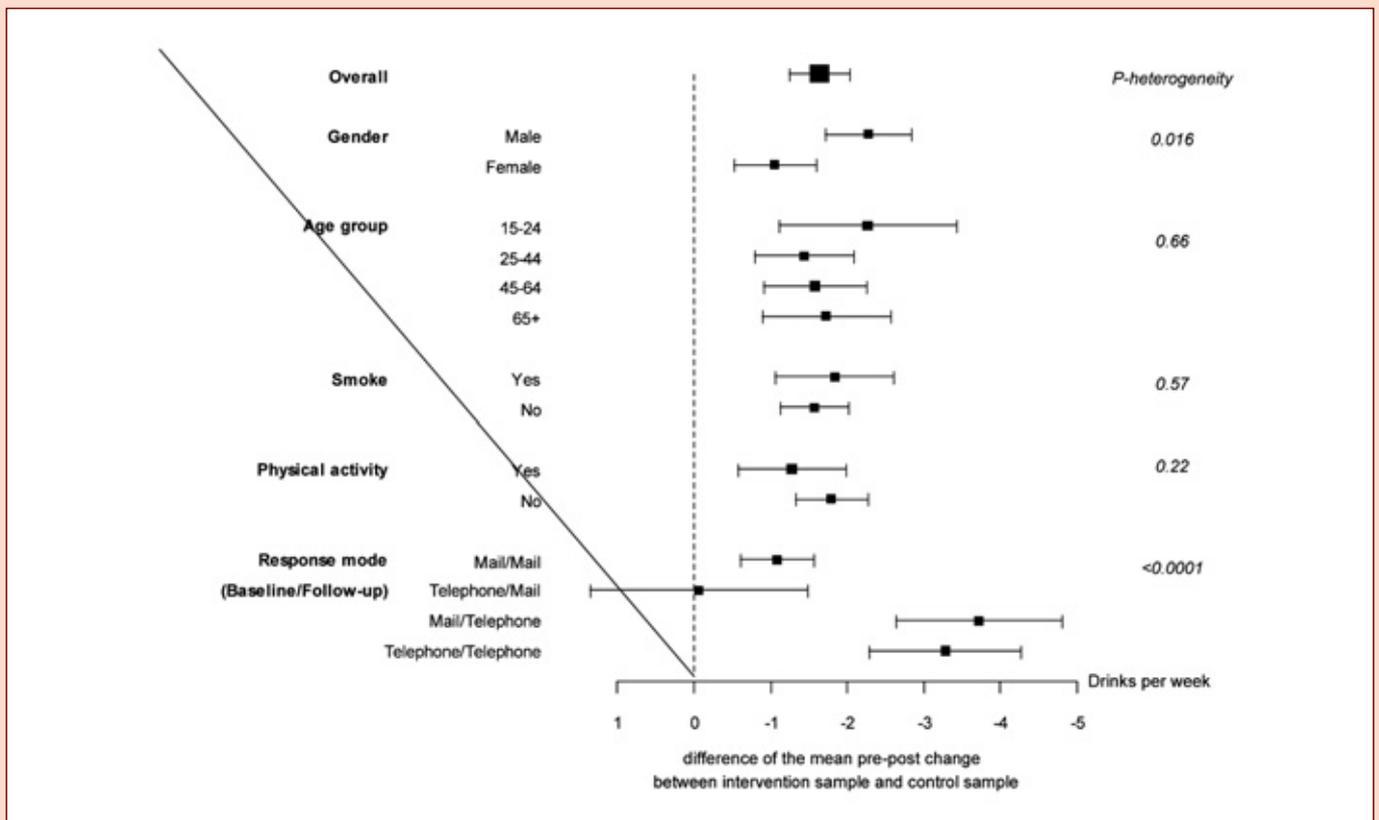
‡ Reasons for not answering to the follow-up interviews were recorded only for the telephone mode. The reasons were as follows: refusals (12% and 7.9% in intervention and control sample, respectively), not traced (67.7% and 78.8%), change of address (16.9% and 10.4%), death/too sick (3.4% and 2.9%).

Fig. 1 - Media dei consumi di alcol (drinks/settimana) e intervallo di confidenza al 95%, al basale e al follow-up. "Progetto alcol, meno è meglio, 1999-2006"



Nei giovani (15-24 anni) un forte incremento è stato osservato nel gruppo di controllo (+1.7 drinks/settimana) mentre nel gruppo di intervento il consumo è diminuito (-0.4 drinks/settimana).

Fig. 2 - Differenza generale e differenze strato-specifiche tra campione di intervento e campione di controllo nei cambiamenti dei consumi medi pro-capite rispetto al basale (drinks/settimana). La riga tratteggiata verticale indica la differenza pari a 0, relativa all'ipotesi nulla di mancanza di effetto dell'intervento. I segmenti orizzontali rappresentano gli intervalli di confidenza al 95% della differenza. Le stime sono state ottenute da un modello di regressione lineare a intercette casuali. "Progetto alcol, meno è meglio, 1999-2006"



La fig. 2 mostra la differenza totale e quelle strato-specifiche tra il campione di intervento e quello di controllo nel cambiamento individuale medio nei consumi di alcol.

Le stime sono state ottenute da un modello di regressione lineare a intercette casuali.

L'effetto è risultato inoltre essere maggiore tra le persone 15-24 anni (-2.3 drinks/settimana) anche se non differisce significativamente dagli effetti osservati nelle altre fasce di età (p per l'eterogeneità = 0.66).

Una differenza significativa è stata invece osservata tra le categorie relative al tipo di risposta (P per l'eterogeneità <0.0001).

La tabella II mostra le transizioni dalla baseline al follow-up tra le categorie di consumo di bevande alcoliche. Il campione di intervento ha mostrato una maggior tendenza a passare a categorie di consumo inferiore rispetto al campione di controllo.

Inoltre, il campione di intervento è passato a categorie di consumo superiore con minore intensità rispetto al campione di controllo.

Il rapporto tra la percentuale di soggetti che sono passati a categorie superiori e la percentuale di chi è passato a categorie inferiori è stata significativamente diver-

Tab. II - Tabella delle transizioni dal basale al follow-up tra le categorie di consumo alcolico, distinte per gruppo di appartenenza e per genere. "Progetto alcol, meno è meglio" 1999-2006

		Follow-up survey				Total
		Nondrinker	Low *	Intermediat	High †	
<i>Intervention sample, Men</i>						
Baseline survey						
Nondrinkers	n (%)	278 (68.5)	91 (22.4)	22 (5.4)	15 (3.7)	406 (100)
Low	n (%)	123 (21.7)	321 (56.6)	82 (14.5)	41 (7.2)	567 (100)
Intermediate	n (%)	33 (12.3)	97 (36.2)	94 (35.1)	44 (16.4)	268 (100)
High	n (%)	47 (11.7)	91 (22.7)	88 (21.9)	175 (43.6)	401 (100)
Total	n	481	600	286	275	1642
<i>Control sample, Men</i>						
Baseline survey						
Nondrinkers	n (%)	200 (61.9)	76 (23.5)	25 (7.7)	22 (6.8)	323 (100)
Low	n (%)	60 (14.2)	234 (55.5)	72 (17.1)	56 (13.3)	422 (100)
Intermediate	n (%)	28 (12.7)	60 (27.1)	69 (31.2)	64 (29)	221 (100)
High	n (%)	36 (12.8)	29 (10.3)	55 (19.5)	162 (57.4)	282 (100)
Total	n	324	399	221	304	1248
<i>Intervention sample, Women</i>						
Baseline survey						
Nondrinkers	n (%)	840 (83.7)	82 (8.2)	64 (6.4)	17 (1.7)	1003 (100)
Low	n (%)	94 (40.5)	71 (30.6)	58 (25)	9 (3.9)	232 (100)
Intermediate	n (%)	100 (29.7)	45 (13.4)	151 (44.8)	41 (12.2)	337 (100)
High	n (%)	35 (20.8)	14 (8.3)	62 (36.9)	57 (33.9)	168 (100)
Total	n	1069	212	335	124	1740
<i>Control sample, Women</i>						
Baseline survey						
Nondrinkers	n (%)	546 (75.2)	81 (11.2)	71 (9.8)	28 (3.9)	726 (100)
Low	n (%)	60 (29.9)	71 (35.3)	57 (28.4)	13 (6.5)	201 (100)
Intermediate	n (%)	65 (21.6)	43 (14.3)	144 (47.8)	49 (16.3)	301 (100)
High	n (%)	27 (16.1)	8 (4.8)	47 (28)	86 (51.2)	168 (100)
Total	n	698	203	319	176	1396

\* From 0.1 to 7.0 drinks per week in men. From 0.1 to 2.0 drinks per week in women.

† From 7.1 to 14.0 drinks per week in men. From 2.1 to 7.0 drinks per week in women.

‡ Greater than 14.0 drinks per week in men. Greater than 7.0 drinks per week in women.

sa nei due campioni, sia negli uomini (P=0.007) che nelle donne (P=0.016).

In 9 delle 10 comunità di intervento, la percentuale delle persone che hanno diminuito il loro consumo di alcol era maggiore della percentuale delle persone che avevano incrementato il loro consumo (fig. 3), mentre in 6 delle 8 comunità di controllo la percentuale di persone che hanno aumentato i consumi era maggiore di quelle che avevano diminuito i consumi.

In sei delle otto comunità con un gruppo di controllo appaiato il rapporto tra la percentuale di chi ha aumentato e di chi ha diminuito ha mostrato una differenza significativa (P<0.05) tra il campione dell'intervento e quello del controllo.

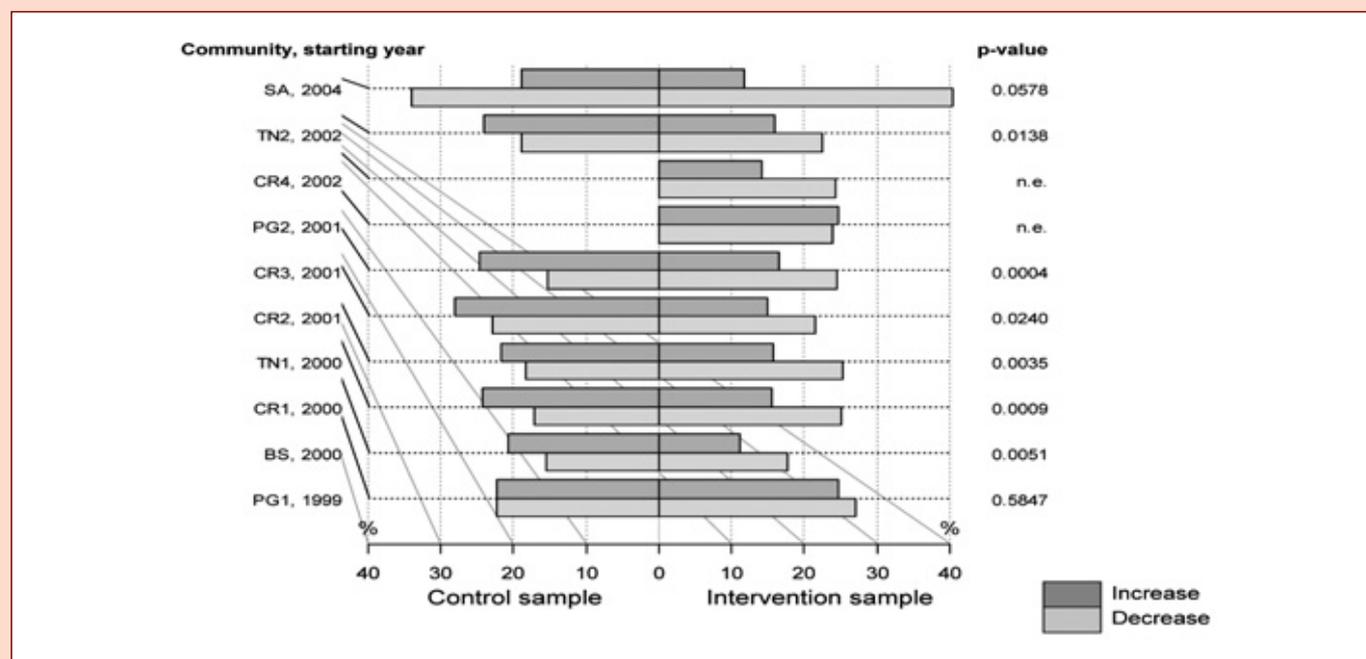
## Discussione

"Alcol, meno è meglio" è un programma di intervento finalizzato alla riduzione dei consumi pro-capite nella popolazione generale.

Esso adotta un approccio sistemico di comunità [11], basato sul coinvolgimento attivo dei leaders della comunità e delle organizzazioni istituzionali e di volontariato. A breve termine l'intervento è associato ad una significativa riduzione del consumo pro-capite auto-dichiarato. Nessuna riduzione è stata documentata nel gruppo di controllo.

Deve essere evidenziato che, poiché la valutazione era basata su uno stesso gruppo di persone intervistate nel

Fig. 3 - Percentuale di soggetti che, tra il basale e il follow-up, sono passati a categorie di consumo superiore e a categorie di consumo inferiore. "Progetto, Alcol meno è meglio" 1999-2006. BS: Brescia; CR: Cremona; PG: Perugia; SA: Salerno; TN:Trento; n.e. Il pvalue si riferisce al test che confronta il rapporto tra la percentuale di soggetti che passano a categorie di consumo superiore e la percentuale che passa a categorie inferiori nel campione di intervento e nel campione appaiato di controllo



Abbreviations: BS, Brescia; CR, Cremona; PG, Perugia; SA, Salerno; TN, Trento; n.e., not estimable.

P-value refers to the test comparing the ratio between the percentages of subjects progressing and subjects regressing in intervention sample and matched control sample.

corso del tempo, il ripetersi delle interviste potrebbe aver incrementato le conoscenze dei partecipanti in tema di comportamenti sani e potrebbe avere modificato artificialmente il comportamento delle persone [19]. Comunque riteniamo che la presenza di un gruppo di controllo abbia permesso di annullare l'effetto di questa distorsione.

D'altra parte, le persone appartenenti alle comunità di intervento erano probabilmente informate sugli obiettivi del progetto al momento dell'intervista di follow-up, per cui non si può escludere la presenza nelle risposte ai questionari di distorsioni dovute alla "desiderabilità sociale" [20].

Dopo la stratificazione per genere abbiamo osservato un maggiore cambiamento del consumo pro-capite negli uomini rispetto alle donne.

È ampiamente documentato che gli uomini bevono più delle donne.

Comunque le donne, ad uguali livelli di consumo, hanno maggiori probabilità di presentare problemi alcolcorrelati rispetto agli uomini [21], e di conseguenza è stato suggerito che le analisi condotte in questo ambito debbano tener conto di questa differenza di genere [22].

Per questo motivo abbiamo condotto le analisi delle transizioni tra categorie di consumo di alcolici stratificate per genere.

Non è stata osservata nessuna differenza dell'effetto dell'intervento tra maschi e femmine.

L'effetto dell'intervento è stato inoltre consistente nelle varie comunità, poiché in nove comunità di intervento la percentuale di persone che hanno ridotto i loro consumi era maggiore della percentuale di quelle che avevano aumentato.

Tuttavia, nelle aree di Cremona, Perugia e Trento, questo risultato potrebbe essere stato favorito dal fatto che i programmi sono stati attivati in modo sequenziale rispettivamente in quattro, due e due comunità locali.

Quindi un intervento iniziato in una comunità locale potrebbe avere influenzato altre comunità coinvolte più tardi (effetto di contaminazione) così che la reale esposizione al programma in queste ultime potrebbe essere stata superiore a quella prevista.

D'altra parte, questo potenziale effetto di contaminazione dovrebbe portare a una sottostima degli effetti del programma, in quanto le persone avrebbero potuto iniziare a cambiare le loro abitudini alcoliche prima della data di inizio dell'intervento.

È stato inoltre osservato che, generalmente, studi sperimentali di prevenzione secondo un approccio di comunità possono essere condizionati da cambiamenti più lunghi nel tempo come ad es. mutamenti nella tassazione degli alcolici, attenzione dei media a particolari effetti dannosi o benefici [7].

Inoltre nella popolazione italiana è stato documentato negli ultimi 10 anni una forte diminuzione del consumo di vino come conseguenza dell'urbanizzazione, dei cambiamenti nelle tipologie di lavoro, dei cambiamenti nell'organizzazione familiare e nell'organizzazione dei pasti [8,23].

La considerazione di un gruppo di controllo è quindi essenziale per tenere conto degli andamenti del consumo di lunga durata.

Nel nostro studio, a causa della breve durata di osservazione, non sono stati osservati andamenti significativi nelle comunità di controllo.

In questo campione è stato però riscontrato nei giovani (15-24 anni) un significativo incremento dei consumi pari a 1.7 drinks/settimana.

Nel campione di intervento le persone che hanno risposto per telefono all'intervista di follow-up hanno riportato una maggiore riduzione del consumo pro-capite che non quelli che hanno risposto per posta.

Le interviste telefoniche possono risentire con maggiore probabilità di due tipologie di distorsioni: la prima è quella che porta l'intervistato a fornire risposte 'socialmente desiderabili' quando interpellato su aspetti sensibili del suo stile di vita (social desirability bias), la seconda è la tendenza dell'intervistatore, che è a conoscenza degli obiettivi dello studio, a indirizzare, anche inconsciamente, le risposte dell'intervistato (investigator bias) [24,25].

Questi fenomeni potrebbero spiegare in parte i risultati ottenuti.

Poiché nei gruppi di controllo è accaduto il contrario, una forte eterogeneità dei risultati si è osservata tra le diverse categorie di modalità di risposta.

Probabilmente, nelle interviste telefoniche, le persone, stimolate a ricordare il consumo di alcol nella settimana precedente, hanno dato risposte più accurate rispetto a quelle che hanno risposto per posta.

Se ciò è vero, l'effetto reale dell'intervento può essere stato sottostimato in questo studio, in quanto la maggioranza delle persone ha risposto tramite posta sia alla baseline sia al follow-up.

Comunque l'effetto dell'intervento rimane statisticamente significativo anche se si limita all'analisi delle sole persone che hanno risposto per posta ad ambedue i questionari.

La valutazione delle transizioni da una categoria di consumo a un'altra ha dimostrato che l'intervento ha avuto successo sia nel prevenire la progressione verso categorie a più alto consumo sia nell'incrementare la regressione verso categorie a più basso consumo, indipendentemente dalla categoria riportata al basale.

Il nostro studio ha alcune limitazioni.

La prima di tutte è che la randomizzazione non è stata utilizzata nella selezione delle comunità di controllo.

Infatti contrariamente agli studi basati su interventi individuali, la randomizzazione è spesso non realizzabi-

le in studi che prevedono interventi di comunità, a causa di fattori politici od organizzativi [19].

Nel nostro studio la scelta delle comunità di intervento non è stata effettuata a priori e non si è basata su criteri geografici.

Poiché ognuno dei ricercatori era responsabile del proprio budget, non sorprendentemente ha scelto le potenziali comunità di intervento vicino alla sua area di attività, così da poter usare le risorse umane e finanziarie già disponibili.

Ogni comunità di intervento è stata scelta in base alla sensibilità da parte dei leaders delle comunità stesse verso gli obiettivi del progetto, quindi sarebbe risultato difficile costruire ogni intervento solo sulla base del principio di randomizzazione.

Questa potenziale distorsione di selezione potrebbe essere stata evitata selezionando molte più comunità che erano desiderose di partecipare, unirle a coppie, e assegnarle in modo randomizzato alle modalità di controllo o di intervento, con la promessa di offrire il programma alle comunità di controllo in una data successiva.

Sfortunatamente i progetti sono stati finanziati su base locale ipotizzando un piano di lavoro triennale, così che non è stato possibile garantire il completamento del programma nelle comunità di controllo.

Un secondo limite è che la sovra rappresentazione delle comunità di intervento nel Nord Italia (7 su 10) potrebbe compromettere la generalizzabilità dei risultati dello studio. Sfortunatamente, due progetti realizzati nel Centro e nel Sud Italia non sono stati completati per ragioni di tagli al budget e conseguentemente non sono stati inclusi in questo studio.

Un terzo limite è l'assenza di una più dettagliata informazione riguardo alle modalità di consumo alcolico, per es. occasioni di "binge drinking", consumo di alcolici nei locali pubblici e consumi fuori pasto.

Inoltre non è stato possibile stimare l'effetto dell'intervento sulla guida dopo aver bevuto, così come non è stato possibile raccogliere in modo accurato dati sugli incidenti stradali locali.

Infine nella valutazione pre e post intervento non sono state raccolte informazioni sulle caratteristiche socio-economiche (ad es. istruzione e reddito) perciò non è stato possibile tener conto di questi fattori nelle analisi.

Il nostro studio ha anche parecchi punti di forza.

Questo studio è la più ampia sperimentazione controllata di un intervento di comunità condotto fino a oggi nel Sud Europa finalizzata alla riduzione dei consumi pro-capite nella popolazione generale.

Essa ricopre diversi contesti geografici e socioculturali.

Il grado di risposta alla valutazione è stato alto sia nei campioni di intervento che di controllo.

Tutte le comunità selezionate hanno deciso di aderire al progetto, migliorando così la validità esterna dei risultati.

Infine il progetto ha stimolato l'integrazione e il coordinamento tra i vari gruppi italiani di ricerca nel campo della promozione della salute e della prevenzione dei problemi alcolcorrelati.

In conclusione il progetto "alcol, meno è meglio" suggerisce che un approccio sistemico di comunità può essere efficace nel ridurre, almeno nel breve periodo, il consumo pro-capite nella popolazione generale.

Visto che esiste un forte legame tra consumo di alcol e danni alcolcorrelati, il relativo basso costo della realizzazione del programma, stimato in 1.2 € per abitante per le comunità di intervento, è indice di un programma accessibile ed efficace dal punto di vista dei costi.

Come riportato in un recente appello all'azione per ridurre i rischi e i danni alcolcorrelati apparso recentemente su Lancet [26], "nonostante la chiara evidenza dell'importante contributo dell'alcol sul carico globale di malattia e sui considerevoli costi economici, l'attenzione sul controllo dell'alcol è inadeguata sia a livello internazionale che in molti paesi specifici. L'espansione della produzione di alcolici e del marketing sta producendo un incremento dell'uso di alcol sia nei mercati emergenti che nei giovani di paesi con un mercato dell'alcol già consolidato. Programmi accessibili ed efficaci dal punto di vista dei costi esistono e c'è il bisogno urgente di inserirli nella programmazione".

Secondo la nostra opinione, il progetto così come è stato presentato risponde a questo appello.

## Informazioni allegate

### Appendice S1 valutazione di processo

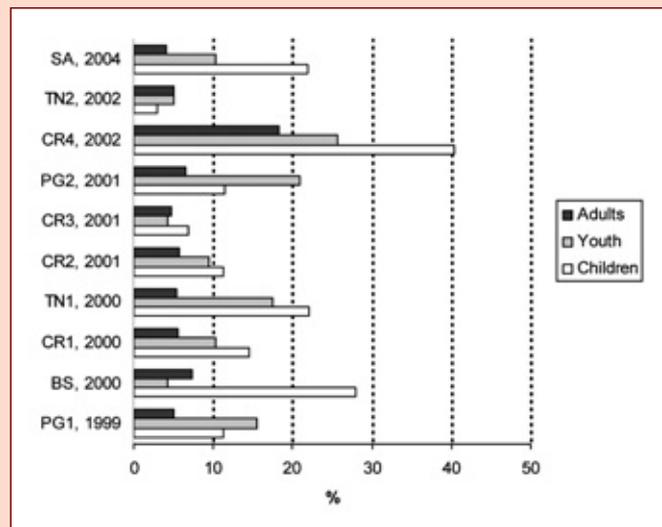
La dimensione del comitato promotore variava da 10 persone (comunità PG1 e BS) a 30 (TN2).

Inoltre il progetto è stato costruito su una base locale, per questo i finanziamenti e le risorse potevano variare da comunità a comunità.

Di conseguenza il numero e il tipo di attività differiscono leggermente tra le comunità di intervento.

Le feste analcoliche sono state realizzate una volta l'anno in sette comunità (BS, CR1, CR2, CR3, PG2, SA e TN1) e due volte nelle rimanenti 3 (CR4, PG1 e TN2).

Fig. S1 - Prevalenza di adolescenti (4-12 anni), giovani (13-25 anni) e adulti (>25 anni) che hanno partecipato alle attività a lungo termine sui target della comunità. Progetto "Alcol, meno è meglio" 1999-2006



I pieghevoli della Carta Europea sull'alcol sono stati spediti una volta a tutte le famiglie in 5 comunità (CR2, CR3, PG1, PG2 and TN2), 2 volte nelle rimanenti 5 comunità (CR1, CR4, BS, SA and TN2).

La prevalenza di adolescenti (4-12 anni), giovani (13-25 anni) e adulti (>25 anni) che hanno partecipato alle attività a lungo termine sui target è riassunta nella figura 1 supplementare delle comunità di intervento.

La media delle percentuali era 12,9% (range 3%-40.4%) per gli adolescenti, 10.3% (range 4.2%-25.6%) per i giovani e 5.5% (range 4.1%-18.3%) per gli adulti.

Inoltre la conoscenza e la partecipazione reale alle attività del progetto all'interno della popolazione sono state valutate attraverso il risultato di interviste telefoniche. Ogni 6 mesi dei 2 anni della fase delle attività, 100 persone di ogni comunità di intervento sono state selezionate in modo casuale dalle anagrafi e intervistate per telefono su alcune informazioni del progetto.

La conoscenza degli obiettivi del progetto nella popolazione è aumentata dal 32.8% nel primo semestre al 63.1% nel 4° semestre, mentre la percentuale di persone che hanno partecipato alle attività del progetto è cresciuta dal 7.8% del 1° semestre al 25.4%.

Tab. S1 - Caratteristiche socio-demografiche delle comunità coinvolte nello studio "progetto Alcol, meno è meglio 1999-2006"

Community (CODE)	Intervention starting year (Semester)	Group	Pre-test survey year (Quarter)	Post-test survey year (Quarter)	Municipality (Province)	Resident population *	Foreign resident population (%) *	Employment rate †	Unemployment rate †	High school degree (%) †
SA	2004 (S1)	Intervention	2004 (Q2)	2006 (Q3)	Campora (SA)	501	1.4	27.0	8.0	27.6
					Castel San Lorenzo (SA)	2469	0.6	34.8	16.4	24.0
					Felitto (SA)	1192	1.1	32.7	7.0	26.6
					Laurino (SA)	1632	0.6	32.5	16.3	26.7
					Magliano Vetere (SA)	777	1.0	30.1	24.1	24.9
					Monteforte Cilento (SA)	525	1.7	31.4	13.1	22.3
					Piaggine (SA)	1445	1.3	26.8	28.0	31.7
					Sacco (SA)	614	0.7	29.3	6.5	23.5
					Stio (SA)	872	1.0	32.1	17.7	27.9
					Trentinara (SA)	1445	0.3	30.3	13.2	21.4
					Valle dell'Angelo (SA)	369	1.4	28.6	7.0	32.2
				<b>Total</b>	<b>11841</b>	<b>0.9</b>	<b>31.3</b>	<b>16.2</b>	<b>25.9</b>	
SA	2004 (S1)	Control	2004 (Q2)	2006 (Q3)	Albanella (SA)	5420	3.9	37.3	16.8	24.5
					Altavilla Silentina (SA)	5784	1.8	36.9	15.6	23.9
					Giungano (SA)	928	2.8	35.6	22.9	24.6
					<b>Total</b>	<b>12132</b>	<b>2.8</b>	<b>37.0</b>	<b>16.7</b>	<b>24.2</b>
TN2	2002 (S2)	Intervention	2002 (Q4)	2005 (Q1)	Bersone (TN)	252	2.0	48.6	2.4	33.6
					Bondo (TN)	546	0.9	47.9	2.9	27.0
					Bondone (TN)	581	0.5	42.0	5.1	21.3
					Breguzzo (TN)	491	2.9	49.7	2.8	27.7
					Brione (TN)	123	.	47.1	5.0	19.7
					Castel Condino (TN)	215	.	48.4	1.9	27.4
					Condino (TN)	1257	9.1	48.0	6.2	32.9
					Daone (TN)	511	0.4	47.2	3.2	22.8
					Lardaro (TN)	164	1.2	47.0	3.7	28.7
					Pieve di Bono (TN)	1206	3.5	47.2	6.0	29.2
					Praso (TN)	328	0.3	48.2	5.9	27.0
					Prezzo (TN)	167	.	44.2	5.3	19.0
					Roncone (TN)	1150	2.9	49.3	2.2	26.3
					Storo (TN)	3750	3.8	49.9	3.6	26.5
					Tiarno di Sotto (TN)	565	7.4	43.1	3.6	29.3
					<b>Total</b>	<b>11306</b>	<b>3.6</b>	<b>48.1</b>	<b>4.1</b>	<b>27.3</b>
					TN2	2002 (S2)	Control	2002 (Q4)	2005 (Q1)	Bleggio Inferiore (TN)
Bocenago (TN)	306	0.3	44.3	4.9						31.2
Caderzone (TN)	501	2.2	50.3	4.5						27.7
Carisolo (TN)	751	1.6	49.1	3.9						29.8
Fiavè (TN)	870	4.3	46.8	3.6						30.4
Giustino (TN)	579	5.9	50.3	4.0						34.8
Lomaso (TN)	1176	3.3	49.9	3.7						33.1
Massimeno (TN)	87	1.1	41.6	0.0						38.1
Pelugo (TN)	290	7.6	50.0	7.0						31.8
Pinzolo (TN)	2606	1.8	51.3	6.0						36.2
Spiazzo (TN)	961	3.3	43.1	4.4						32.7
Stenico (TN)	896	2.2	49.3	5.0						28.5
Strembo (TN)	398	2.3	48.8	3.4						29.7
Villa Rendena (TN)	698	4.7	46.2	4.7						33.0
<b>Total</b>	<b>10987</b>	<b>3.1</b>	<b>48.8</b>	<b>4.7</b>						<b>32.8</b>

Tab. S1 - segue

CR4	2002 (S2)	Intervention	2002 (Q4)	2005 (Q1)	Spinadesco (CR)	1305	3.0	55.1	3.4	27.9					
					Grumello Cremonese ed Uniti (CR)	1659	5.1	46.3	4.1	24.7					
					Sesto ed Uniti (CR)	2485	5.2	52.6	2.4	31.9					
					<b>Total</b>	<b>5449</b>	<b>4.6</b>	<b>51.3</b>	<b>3.1</b>	<b>28.7</b>					
CR3	2001 (S2)	Intervention	2001 (Q4)	2004 (Q1)	Cremona (Zaist district) (CR)	11854	4.5	45.5	4.5	42.4					
CR3	2001 (S2)	Control	2001 (Q4)	2004 (Q1)	Mantova (Villetta district) (MN)	13473	4.9	46.4	4.7	42.8					
CR2	2001 (S2)	Intervention	2001 (Q4)	2004 (Q1)	Casalmaggiore (CR)	12023	5.5	49.9	4.6	34.0					
CR2	2001 (S2)	Control	2001 (Q4)	2004 (Q1)	Colorno (PR)	6887	6.1	54.5	3.4	31.2					
PG2	2001 (S1)	Intervention	2001 (Q2)	2003 (Q3)	Bastia Umbra (PG)	15754	3.4	50.2	5.6	34.0					
TN1	2000 (S2)	Intervention	2000 (Q4)	2003 (Q1)	Rovereto (Borgo Sacco district) (TN)	6165	5.5	49.3	4.5	42.5					
TN1	2000 (S2)	Control	2000 (Q4)	2003 (Q1)	Trento (S.Giuseppe- S.Chiera district) (TN)	17544	4.3	50.9	3.6	45.3					
CR1	2000 (S2)	Intervention	2000 (Q4)	2003 (Q1)	Cappella de' Picenardi (CR)	389	5.1	46.6	7.5	23.0					
					Cicognolo (CR)	739	3.4	48.3	4.5	25.0					
					Gadesco-Pieve Delmona (CR)	1386	3.2	56.8	2.1	32.6					
					Grontardo (CR)	1152	3.8	48.4	3.8	25.7					
					Pescarolo ed Uniti (CR)	1307	7.7	52.7	2.7	26.2					
					Scandolara Ripa d'Oglio (CR)	574	7.1	47.2	2.5	26.1					
					Vescovato (CR)	3173	4.8	49.5	4.6	27.1					
					<b>Total</b>	<b>8720</b>	<b>4.9</b>	<b>50.6</b>	<b>3.7</b>	<b>27.2</b>					
					CR1	2000 (S2)	Control	2000 (Q4)	2003 (Q1)	Isola Dovarese (CR)	8080	7.3	51.7	3.0	26.7
										Calvatone (CR)	1115	6.4	48.2	2.6	23.3
Drizzona (CR)	510	4.3	45.8	2.6						26.9					
Piadena (CR)	3161	5.0	48.1	4.6						29.0					
San Giovanni in Croce (CR)	1341	5.1	48.9	2.5						28.2					
Tornata (CR)	437	8.2	51.4	3.8						23.9					
Voltido (CR)	404	3.7	50.2	2.4						17.4					
<b>Total</b>	<b>15048</b>	<b>6.4</b>	<b>50.2</b>	<b>3.2</b>						<b>26.8</b>					
BS	2000 (S1)	Intervention	2000 (Q4)	2003 (Q1)	Castegnato (BS)	5492	5.0	54.7	2.9	26.9					
					Gussago (BS)	12131	3.0	52.1	3.7	30.1					
					Ospitaletto (BS)	9204	4.0	53.3	4.1	25.1					
					<b>Total</b>	<b>26827</b>	<b>3.7</b>	<b>53.0</b>	<b>3.7</b>	<b>27.7</b>					
BS	2000 (S1)	Control	2000 (Q4)	2003 (Q1)	Adro (BS)	5395	4.1	49.4	4.1	22.1					
					Concesio (BS)	11033	3.2	50.3	4.4	31.7					
					Nave (BS)	8805	1.9	50.0	3.3	24.9					
					<b>Total</b>	<b>25233</b>	<b>2.9</b>	<b>50.0</b>	<b>3.9</b>	<b>27.2</b>					
PG1	1999 (S2)	Intervention	1999 (Q4)	2002 (Q1)	Perugia (San Sisto district) (PG)	13296	5.9	47.2	6.8	43.1					
PG1	1999 (S2)	Control	1999 (Q4)	2002 (Q1)	Perugia (San Giovanni district) (PG)	17911	5.9	47.2	6.8	43.1					

\* Refers to program starting year (source: Italian National Institute of Statistics, ISTAT; website: [www.istat.it](http://www.istat.it)).

† Refers to 2001 Census data (source: Italian National Institute of Statistics, ISTAT; website: [www.istat.it](http://www.istat.it)).

Abbreviations: BS, Brescia; CR, Cremona; PG, Perugia; PR, Parma; SA, Salerno; TN, Trento.

## Bibliografia

1. Rehm J., Mathers C., Popova S., Thavorncharoensap M., Teerawattananon Y., Patra J. (2009), "Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders", *Lancet*, 373: 2223-33.
2. Poikolainen K., Paljarvi T., Makela P. (2007), "Alcohol and the preventive paradox: serious harms and drinking patterns", *Addiction*, 102: 571-8.
3. Rehm J., Room R., Graham K., Monteiro M., Gmel G., Sempos C.T. (2003), "The relationship of average volume of alcohol 8 Vincenzo Bagnardi et al. consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview", *Addiction*, 98: 1209-28.
4. Bagnardi V., Zatonski W., Scotti L., La Vecchia C., Corrao G. (2008), "Does drinking pattern modify the effect of alcohol on the risk of coronary heart disease? Evidence from a metaanalysis", *J Epidemiol Commun Health*, 62: 615-19.
5. Marmot M. (1996), "From alcohol and breast cancer to beef and BSE - improving our communication of risk", *Am J Public Health*, 86: 921-3.
6. Room R., Babor T., Rehm J. (2005), "Alcohol and public health", *Lancet*, 365: 519-30.
7. Giesbrecht N. (2003), "Alcohol, tobacco and local control. A comparison of several community-based prevention trials", *Nordic Studies Alcohol Drugs*, 20: 25-40.
8. Anderson P., Chisholm D., Fuhr D.C. (2009), "Effectiveness and costeffectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol", *Lancet*, 373: 2234-46.
9. Holder H.D., Gruenewald P.J., Ponicki W.R., Treno A.J., Grube J.W., Saltz R.F. et al. (2000), "Effect of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries", *JAMA*, 284: 2341-7.
10. Stafstrom M., Ostergren P.O., Larsson S., Lindgren B., Lundborg P. (2006), "A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project", *Addiction*, 101: 813-23.
11. Holder H.D. (1998), *Alcohol and the Community. A Systems Approach to Prevention*, Cambridge University Press, Cambridge, UK.
12. World Health Organisation (1995), *The European Charter on Alcohol*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
13. Cutler S.F., Wallace P.G., Haines A.P. (1988), "Assessing alcohol consumption in general practice patients - a comparison between questionnaire and interview (findings of the Medical Research Council's general practice research framework study on lifestyle and health)", *Alcohol Alcohol*, 23: 441-50.
14. Brambilla D.J., McKinlay S.M. (1987). "Acomparison of responses to mailed questionnaires and telephone interviews in a mixed mode health survey", *Am J Epidemiol*, 126: 962-71.
15. Gnagnarella P., Salvini S., Parpinel M. (2008), *Food Composition Database for Epidemiological Studies in Italy*, European Institute of Oncology. Available at: [www.ieo.it/bda](http://www.ieo.it/bda) (accessed 1 December 2008) (Archived at [www.webcitation.org/5rRAB7wbL](http://www.webcitation.org/5rRAB7wbL)).
16. Murray D.M., Varnell S.P., Blitstein J.L. (2004), "Design and analysis of group-randomized trials: a review of recentmethodological developments", *Am J Public Health*, 94: 423-32.
17. Agresti A. (1990), *Categorical Data Analysis*, John Wiley, New York.
18. Meiser T., Von Eye A., Spiel C. (1997), "Loglinear symmetry and quasi-symmetry models for the analysis of change", *Biom J*, 39: 351-68.
19. Atienza A.A., King A.C (2002), "Community-based health intervention trials: an overview of methodological issues", *Epidemiol Rev*, 24: 72-9.
20. Hebert J.R., Clemow L., Pbert L., Ockene I.S., Ockene J.K. (1995), "Social desirability bias in dietary self-report may compromise the validity of dietary intake measures", *Int J Epidemiol*, 24: 389-98.
21. Ely M., Hardy R., Longford N.T., Wadsworth M.E. (1999), "Gender differences in the relationship between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for by body water", *Alcohol Alcohol*, 34: 894-902.
22. Graham K., Wilsnack R., Dawson D., Vogeltanz N. (1998), "Should alcohol consumption measures be adjusted for gender differences?", *Addiction*, 93: 1137-47.
23. Allamani A., Prina F. (2007), "Why the decrease in consumption of alcoholic beverages in Italy between the 1970s and the 2000s Shedding light on an Italian mystery", *Contemp Drug Probl*, 34: 187-98.
24. Brogger J., Bakke P., Eide G.E., Gulsvik A. (2002), "Comparison of telephone and postal survey modes on respiratory symptoms and risk factors", *Am J Epidemiol*, 155: 572-6.
25. Sibbald B., Addington-Hall J., Brenneman D., Freeling P. (1994), "Telephone versus postal surveys of general practitioners: methodological considerations", *Br J Gen Pract*, 44: 297-300.
26. Casswell S., Thamarangsi T. (2009), "Reducing harm from alcohol: call to action", *Lancet*, 373: 2247-57.

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

## Disturbi della sfera affettiva nel giocatore patologico ed esperienza clinica

Concettina Varango<sup>°</sup>, Giuliana Ravizza\*, Claudio Filippi\*\*, Francesca Musarella<sup>°</sup>, Federico Pigozzi<sup>°</sup>, Antonietta Cataldo<sup>°</sup>, Carolina Russo<sup>°</sup>, Giancarlo Iannello\*\*\*

### SUMMARY

■ *Impaired control leading to excessive gambling and subsequent adverse consequences is the primary feature of pathological gambling.*

*Defined as an impulse control disorder, elevated traits of impulsivity are associated with increased levels of intensity of gambling and symptoms severity.*

*In the literature there are evidences of an important comorbidity between pathological gambling and the affective sphere such as bipolar disorder and cyclothymic disorder, therefore the objective of this work was to find similarities between this present in literature and pathological gambling players that were taken over to Ser.T. of Lodi. ■*

**Keywords:** *pathological gambling, affective spectrum disorders.*

**Parole chiave:** *gioco patologico, disordini dello spettro affettivo.*

### Introduzione

Negli ultimi venti anni il gioco d'azzardo, in quanto comportamento che causa danni e/o sofferenze, è diventato oggetto di crescente interesse per quanti (strutture sanitarie o singoli professionisti) sono impegnati nelle professioni di aiuto.

Come è avvenuto molti anni fa per le dipendenze da sostanze, più recentemente anche il gioco d'azzardo patologico è stato considerato come una malattia e non più solo come un vizio o come una trasgressione di una certa tipologia di persone.

Più precisamente nella terza edizione del DSM del 1980 il gioco d'azzardo patologico è stato inquadrato nella categoria dei Disturbi del controllo degli impulsi e, quindi, individuato come disturbo mentale.

Dati clinici, evidenze neurobiologiche e di neuroimaging hanno successivamente supportato la tesi, che inserisce il gioco d'azzardo patologico all'interno delle dipendenze patologiche.

Inoltre l'affinamento della valutazione clinica dei casi osservati ha permesso di evidenziare la frequente associazione del gioco d'azzardo patologico con altri disturbi mentali.

Tuttavia molte questioni restano ancora aperte: dalla definizione del modello eziopatogenetico più convincente al trattamento più appropriato fino alla strategia di prevenzione da adottare nei confronti del gioco d'azzardo patologico in quanto malattia sociale.

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) si caratterizza per un com-

portamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che comporta disagio o compromissione clinicamente significativi in grado di compromettere le attività personali, familiari, sociali e lavorative dell'individuo.

Secondo il manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali - DSM-V, il giocatore patologico ha bisogno di quantità crescenti di denaro per ottenere l'eccitazione desiderata, può diventare irrequieto o irritabile se tenta di ridurre o di smettere di giocare d'azzardo, può fare ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare d'azzardo, può avere pensieri persistenti che gli fanno rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, analizzare gli ostacoli e pianificare la prossima avventura, pensare ai modi di ottenere denaro per giocare d'azzardo.

Il giocatore patologico spesso gioca d'azzardo quando si sente a disagio, dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, spesso torna un'altra volta per ritentare (rincorre le proprie perdite), mente per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo, mette in pericolo o perde una relazione significativa, il lavoro a causa del gioco e conta sugli altri per procurare il denaro necessario a risolvere situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d'azzardo.

L'esordio del disturbo da gioco d'azzardo può verificarsi durante l'adolescenza o la prima età adulta, ma in altri individui si manifesta durante la mezza età o addirittura la tarda età adulta. La comorbilità tra dipendenza da gioco e dipendenza da alcol o stupefacenti è rilevante.

In letteratura ci sono evidenze di una importante comorbilità tra gioco patologico e della sfera affettiva come i disturbi bipolari ed il disturbo ciclotimico (Petry *et al.*, 2005).

Alle possibili cause di questo disturbo vengono riconosciuti fattori predisponenti dovuti a casi analoghi in famiglia, ma anche ad alterazioni specifiche in quelle aree cerebrali adibite al controllo

<sup>°</sup> Ser.T. di Lodi.

\* Dipartimento Dipendenze.

\*\* Direttore Dipartimento Dipendenze.

\*\*\* Direttore Sociale.

ASL di Lodi.

dell'umore e dell'affettività, degli impulsi ma anche ad alcune funzioni fisiologiche di base (sonno, appetito, sessualità ecc).

Diverse volte i pazienti affetti da gioco patologico presentano sintomi clinici correlabili con il disturbo bipolare maggiore e minore.

Questi soggetti, mostrano un'alternanza dell'umore che va dalla tristezza all'euforia.

Anche se non raggiungono spesso i livelli patologici tipici della sindrome bipolare, nei casi più gravi, il soggetto può avere ripercussioni importanti a livello familiare e sociale.

A volte è presente uno stato depressivo maggiore al punto da comprometterne la quotidianità o uno stato maniaco.

Possono evidenziarsi cambiamenti relativi al pensiero, allo stato emotivo, all'aspetto fisico e al comportamento.

I circuiti neurali mesocorticolimbici e l'impulsività sono stati entrambi chiamati in causa in riferimento al gioco d'azzardo patologico (GAP) e ai processi concernenti il circuito della ricompensa.

Tuttavia le basi neurali delle singole fasi di elaborazione delle ricompense e delle perdite e la loro relazione con l'impulsività sono ancora poco comprese.

Alcuni autori attraverso lo studio di imaging mediante risonanza magnetica funzionale hanno analizzato le attività cerebrali associate a queste diverse fasi, nel contesto del gioco patologico (Balodis, Kober *et al.*).

In questo studio il gruppo di giocatori patologici ha evidenziato un'attività significativamente ridotta nella corteccia prefrontale ventro-mediale, nell'insula, e nello striato ventrale, nel corso di diverse fasi, incluse quelle di previsione e attesa di vincita/perdita.

L'attività ridotta dei neuro-circuiti cortico-striali durante molteplici fasi di elaborazione della ricompensa suggerisce alterazioni consistenti dei neuro-circuiti sottesi alla valutazione degli incentivi e alla previsione di una perdita.

Inoltre gli autori hanno osservato una relazione inversa tra l'attività dello striato e le misure di impulsività nei soggetti GAP.

Il disturbo ciclotimico e le espansive del Disturbo Bipolare (DB) si caratterizzano per il frequente coinvolgimento del paziente in tutta una serie di situazioni e/o attività definite "a rischio", le quali riconoscono come principio organizzatore comune l'elevato grado di impulsività e discontrollo (Steel Z. *et al.*, 1998).

Tra le complicazioni più note e costanti del disturbo bipolare e ciclotimico è la tendenza ad abusare di alcol e sostanze stupefacenti, sulla cui complessa eziopatogenesi è stata prodotta nel corso degli anni una grande quantità di studi (Akiskal, 1996).

Al contrario e meno approfondito appare, tuttora, un altro aspetto della malattia maniaco-depressiva, rappresentato dall'eccessivo e a volte incoercibile interesse mostrato dai bipolari nei confronti delle attività ludiche in genere, e del gioco d'azzardo in particolare (Regier *et al.*, 1990). Di recente si è riconosciuta sia la necessità di integrare indicatori di tipo sia fenotipico (fenomenologici) sia endofenotipico (comportamentali) nel corso dell'assessment psicodiagnostico. Gli endofenotipi sono delle misure del funzionamento neuropsicologico, neurofisiologico e biochimico dell'individuo; di conseguenza anomalie riscontrabili a livello endofenotipico riflettono la presenza di una compromissione nei processi cognitivi sottostanti.

È stato suggerito che la presenza di deficit in due funzioni esecutive mediate dalla corteccia prefrontale, quali l'abilità di inibizione della risposta motoria e l'abilità di presa di decisione, sia implicata nelle difficoltà di auto-regolazione comportamentale (comportamenti compulsivi e impulsivi) che caratterizzano particolari individui.

Da questo punto di vista i comportamenti di tipo compulsivo e impulsivo sarebbero da intendersi come:

- la conseguenza dell'emissione di una risposta precoce, messa in atto prima che uno specifico stimolo sia stato completamente processato, o il fallimento di una risposta già iniziata; oppure
- la presenza di processi decisionali disfunzionali, che persistono indipendentemente dal fatto che le conseguenze del comportamento attuato sia negative o non ottimali.

Per tale motivo, misure cognitive delle abilità di inibizione della risposta motoria e di presa di decisione potrebbero rappresentare promettenti indicatori endofenotipici della regolazione comportamentale (Black D., 1998; Bottesi, 2013).

È stato ipotizzato che le problematiche comportamentali manifestate da giocatori d'azzardo, pazienti con disturbo ossessivo compulsivo (DOC) e individui con ciclotimia e in pazienti con disturbo da uso di sostanze siano legate alla presenza di deficit di tale funzioni (Bienvenu, 2000).

## Scopo

Lo scopo di questo articolo nasce da alcune considerazioni:

- i giocatori compulsivi mostrano alcune analogie fenomenologiche con i pazienti bipolari e/o ciclotimici (McElroy *et al.*, 1996), ad esempio episodiche elevazioni del tono dell'umore, disinibizione ed ipervalutazione delle proprie capacità;
- i pazienti dello spettro bipolare mostrano, analogamente ai giocatori, una tendenza all'impulsività anche al di fuori delle fasi di eccitamento;
- alcuni equilibratori dell'umore hanno mostrato capacità anti-impulsive (ad esempio sull'aggressività) indipendenti dall'azione sull'umore (Moeller *et al.*, 2001).

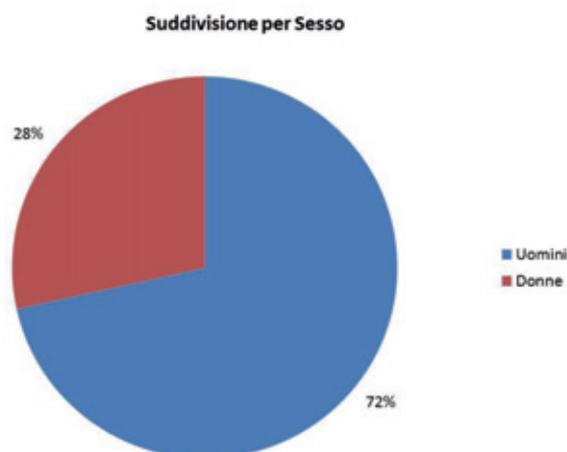
Pertanto l'obiettivo di questo lavoro è stato quello di cercare delle analogie tra quanto sopra menzionato e i giocatori d'azzardo patologici che si sono rivolti al Ser.T. di Lodi.

## Descrizione del Campione

Il campione dello studio è composto da 144 soggetti che non presentavano, al momento dell'accesso, altre problematiche di dipendenza se non quella del gioco patologico d'azzardo.

Tutti i soggetti hanno effettuato un percorso di osservazione, diagnosi e hanno soddisfatto i criteri diagnostici per il gioco d'azzardo patologico codificato con ICD X e DSM-5.

Il campione è così suddiviso: 103 uomini e 41 donne.



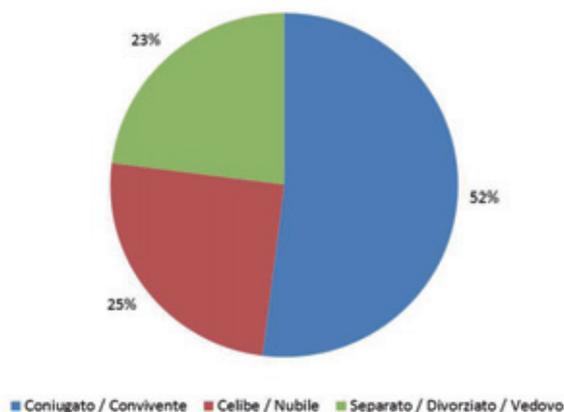
Complessivamente l'utenza risulta caratterizzata da una età media di 49 anni.

La distribuzione dei soggetti per fasce d'età mostra una importante differenza di genere: mentre i maschi si distribuiscono in modo omogeneo su un range d'età più ampio con la presenza anche di giovani adulti, le donne si concentrano nelle fasce più anziane.

Il 68% dei giocatori ha un livello di istruzione basso, mentre la quota dei laureati si riduce al 4%. Per quanto riguarda lo stato civile dei soggetti assistiti, il 52% è coniugato/convivente e il 25% è celibe o nubile.

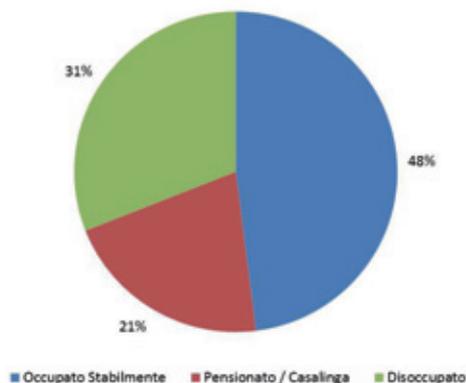
Il restante 23% è rappresentato da soggetti in condizione di separazione/divorzio e vedovanza.

Suddivisione per Stato Civile



Il 48% dei soggetti è occupato stabilmente (lavoratori dipendenti e indipendenti), il 21% è pensionato e/o casalinga. Il 31% ha dichiarato una situazione di disoccupazione.

Suddivisione per Stato Sociale



## Materiali e Metodi

Ai soggetti sono stati somministrati: il test di personalità MMPI 2, il TASS, DES e il BIS che rileva l'impulsività da assenza di pianificazione, motoria e attentiva.

Sono stati individuati i tratti caratteristici di personalità e si sono cercate relazioni significative tra genere, età e patologia.

Risultati interessanti riguardano l'impulsività, l'ideazione persecutoria, disturbi del tono dell'umore, ansia, sintomi ossessivo compulsivi, tendenza a fenomeni di conversione dell'ansia, somatizzazione e la presenza di vissuti traumatici.

Rilevante il risultato relativo alla caratteristica di personalità di propensione alla dipendenza e a stili di vita connessi (ricerca di sensazioni forti, tendenza alla compulsione, rischio di abuso di sostanze). In sintesi i dati emersi confermano la complessità della patologia e i modelli bio-psico-sociali che teorizzano l'interconnessione tra i fattori predisposizione, tratti di personalità e fattori sociali.

Sotto il profilo clinico, in alcuni pazienti erano presenti episodi depressivi, in altri eccitativi. L'esordio del gioco d'azzardo patologico si è verificato intorno ai 30 anni.

In particolare nella totalità dei pazienti, il gambling consisteva in eccessivo tempo e denaro (anche 1.000 euro) speso ai "videopoker, gratta e vinci gratta e vinci, lotto, scommesse ai cavalli, poker e poker online, casinò, gioco di borsa, scommesse sportive.

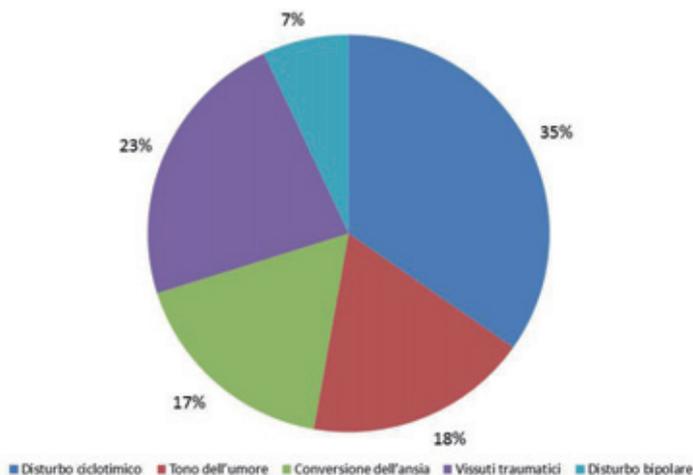
## Discussione

Dei 144 pazienti 50 presentavano la caratteristica essenziale del disturbo ciclotimico come alterazione dell'umore cronica, fluttuante, periodi con sintomi ipomaniacali e periodi con sintomi depressivi come indicato dai criteri del DSM-5; 26 pazienti presentavano disturbi del tono dell'umore, 25 tendenza a fenomeni di conversione dell'ansia e 33 presenza di vissuti traumatici.

In dieci pazienti si sono osservati episodi di malattia, depressivi e/o espansivi di gravità analoga a quella degli episodi depressivi maggiori o maniacali con traslazione in Disturbo Bipolare, disturbo dell'umore maggiormente forte e disfunzionale sulle varie sfere vitali dell'individuo.

Nella quasi totalità dei pazienti è stato necessario l'introduzione di terapia farmacologica con stabilizzatori dell'umore, neurolettici e antidepressivi che hanno portato ad un efficace stabilizzazione dell'assetto timico e ad un progressivo controllo anche sulle condotte gambling.

Suddivisione per Disturbi



La dimensione impulsività/aggressività è stata anche messa in relazione ad un'alterazione del sistema noradrenergico.

I neuroni noradrenergici del locus coeruleus svolgono infatti un ruolo importante nella regolazione dell'arousal e della risposta agli stimoli esterni, per cui un incremento della trasmissione potrebbe favorire condotte aggressive dirette verso l'esterno.

Nei pazienti con gioco d'azzardo patologico è stata osservata una correlazione tra un aumento della reattività all'ambiente e un incremento dell'attività di questo sistema neuro-trasmittitoriale (Roy *et al.*, 1998).

Tale dato sembra confermarsi anche nel campione dei pazienti presi in carico al Ser.T. di Lodi.

I pazienti hanno presentato episodi ricorrenti depressivi di gravità "minore" rispetto a quelli maggiori, per un periodo di almeno 2 anni e senza intervalli inter-episodici ("fasi di eutimia) di durata superiore a 2 mesi.

Così come nel Disturbo Ciclotimico, nei giocatori d'azzardo patologici si è riscontrata come caratteristica la modificazione dell'umore verso numerosi periodi con sintomi maniacali e numerosi periodi con sintomi depressivi, che, comunque, non soddisfacevano in pieno una diagnosi di Depressione.

Tali periodi non sono quasi mai alternati da periodi nei quali i sintomi psicopatologici sono meno intensi o assenti e dunque spesso si susseguono in modo ininterrotto fasi maniacali a fasi depressive.

I periodi maniacali sono contraddistinti da umore eccessivamente euforico, con idee ed azioni eccessive, mentre i periodi depressivi sono connotati da tono umorale molto basso con senso di vuoto, tristezza, perdita di piaceri ed interessi, difficoltà psico-cognitive ed emotive, rallentamento motorio e mimico-gestuale, problemi di sonno e sessuali, sintomi psicosomatici ed idee di suicidio.

Il livello umorale è quindi instabile con continue oscillazioni tra espressioni depressive e sintomi maniacali; in tal modo a malinconia, pessimismo, svuotamento, sonno problematico, decremento di ritmi, fame e sessualità, si alternano iperattività, allegria esagerata ed immotivata, instabilità, agitazione psicomotoria, incremento di eccitazione, accelerazione cognitiva, atteggiamenti contestualmente incongrui, scarsa capacità di critica e giudizio, ritmo sonno-veglia, appetito e libido sessuale alterati. Generalmente i sintomi maniacali e depressivi provocano significativo disagio o compromissione del funzionamento sociale, relazionale, familiare, lavorativo, affettivo, e così via, ma non ai livelli altamente patologizzanti della Sindrome maniaco-depressiva o della Depressione.

Infine l'alternanza dei due periodi, e dunque il disturbo psicologico in generale, tende a fluttuare nel tempo con momenti di maggiore e minore intensità, così come gli spazi liberi da sintomi (se presenti) divengono sempre più rari ed il quadro sintomatologico va incontro alla sua cronicizzazione.

## Caratteristiche e Profilo del giocatore che accede al Ser.T. di Lodi

Per provare ad identificare le caratteristiche e i profili dei giocatori che oggi accedono ai servizi dell'ASL di Lodi è sufficiente questa breve citazione da parte di un utente del Ser.T.: *"veramente c'è un denominatore comune (...), certe cose sono identiche, è il sistema che è identico, procurarsi i soldi, dire menzogne, isolarsi"*.

In effetti esistono alcuni elementi essenziali che accomunano l'esperienza del giocatore, indipendentemente da quale tipo di gioco egli pratichi, quale sia il suo profilo e status sociale, la sua esperienza di vita e storia di giocatore.

Sono appunto il bisogno di denaro, la menzogna, a se stessi come agli altri, la perdita del contatto con la realtà e col mondo circostante, la solitudine, al vergogna, l'isolamento.

Il profilo della dipendenza da gioco riguarda le tipologie più disparate: dalle scommesse ai cavalli alle slot machine, dai Gratta&Vinci alle estrazioni del Lotto, passando per il gioco online e per i casinò.

Sebbene questi giochi presentino differenti combinazioni delle quote di caso e abilità implicate, i meccanismi che s'innescano sono i medesimi, così come le fasi che i giocatori sperimentano. L'aggancio al gioco segue fundamentalmente due direttrici.

Da un lato, vi sono coloro che ne hanno fatto esperienza in famiglia (per esempio, accompagnando il padre al bar a giocare a carte con gli amici) o che nel corso della vita hanno, più o meno sporadicamente, sempre giocato.

Si tratta di soggetti che, in un certo senso, sono stati socializzati all'universo gioco e, una volta conosciuto il piacere del gioco d'azzardo, hanno mantenuto una forte attrazione nei confronti di questa attività.

Dall'altro lato, invece, troviamo una casistica ampia di situazioni tipicamente destabilizzanti delle storie di vita individuali, quali fallimenti coniugali, forti difficoltà economiche, o esperienza di perdita non gestite, come un lutto affettivo o una delusione d'amore irrisolti: sono frequenti casi in cui eventi di vita e traiettorie individuali così contrassegnati divengono fattori scatenanti per la trasformazione di un'attività di gioco sociale in dipendenza a tutti gli effetti. In questo caso, il gioco prende il sopravvento sull'individuo, facendogli perdere il controllo della situazione.

C'è anche chi ha creduto di vedere nel gioco lo strumento per dare una svolta alla propria vita, per trasformare una quotidianità divenuta insopportabile.

Dalle parole dei nostri giocatori emergono prospettive e sistemi di pensiero singolari e anche molto distanti da quello del miraggio milionario.

I soldi non rappresentano il fine ultimo della propria attività di gioco ma le motivazioni che li spingono a giocare sono in realtà altre: dalla voglia di evasione dalla realtà della vita di ogni giorno, alla ricerca del confronto continuo, della sfida con il gioco, nel tentativo di imporsi sullo stesso.

Nei nostri utenti sono presenti: fattori ambientali, fattori psicologici e fattori neurobiologici.

Tra i fattori ambientali sono presenti:

- aspetti educativi concernenti i modelli di riferimento e il valore del denaro rispetto alla possibile felicità;
- aspetti economici: la disoccupazione o scarsità di mezzi economici;
- aspetti culturali: modelli repressivi o permissivi da parte della società;
- aspetti di genere. Per le donne il "gioco" è considerato poco elegante.

Tra i fattori psicologici:

- tratti di personalità con caratteristiche narcisistiche, dipendenti, impulsive e con bassa autostima;
- presenza del bisogno di fuga. Ricerca di eccitamento, evitamento di sensazioni spiacevoli o di stati ansiosi.

Tra i fattori neurobiologici:

- alterata funzionalità dei sistemi serotoninergico e dopaminergico legati alla gratificazione e alla ricompensa.

## Conclusioni

L'impegno profuso dal dipartimento delle dipendenze dell'Asl di Lodi in questi anni di lavoro, e gli sforzi che ci attendono nei mesi futuri, hanno come principale obiettivo quello di garantire ai pazienti dipendenti da gioco d'azzardo e alle loro famiglie, così come già in passato fu per i tossicodipendenti o in tempi più recenti per gli alcolisti, quello spazio di cura adeguato alla gravità della malattia che li affligge e quella sensibilità sociale, poli-

tica ed istituzionale necessaria per orientare i programmi di prevenzione e riabilitativi affinché il gambling possa modificare definitivamente il suo status conquistando il diritto ad esserci. Riteniamo che i risultati che stanno emergendo siano di sicuro interesse e possano avvalorare l'ipotesi che esistano delle analogie fenomenologiche tra i giocatori compulsivi e i pazienti con disturbi della sfera affettiva.

La comorbilità per i disturbi affettivi e il gambling conferma un fenomeno che merita un'attenzione particolare da parte di chi prende in carico pazienti con problematiche di gioco patologico d'azzardo.

Anche nella ricerca internazionale oggi pare ormai accreditata l'ipotesi che tra gioco d'azzardo problematico e disturbi della sfera affettiva ci siano interconnessioni.

Gli stabilizzanti dell'umore e gli antidepressivi hanno dimostrato di essere utili nei giocatori che presentavano disturbi della sfera affettiva riducendone l'impulsività, l'aggressività e l'irritabilità.

## Bibliografia

- Akiskal H.S. (1996), "The prevalent clinical spectrum of bipolar disorder: beyond the DSM-IV", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16: 4-14.
- Alessi S.M., Petry N.M. (2003), "Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting procedure", *Behavioural Processes*, 64: 345-354.
- Allcock C.C., Grace D.M. (1988), "Pathological gamblers are neither impulsive nor sensation-seekers", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 22: 307-311.
- Allen J.P., Litten R.Z., Fertig J.B., Barbor T. (1997), "A review of research on the alcohol use disorders identification test (AUDIT)", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21: 613-619.
- American Psychiatric Association (2014), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), Author, Washington, DC.
- Balodis I.M., Kober H., Worhunsky P.D., Stevens M.C., Pearson G.D., Potenza M.N. (2012), "Diminished Frontostriatal activity during processing of monetary rewards and losses in pathological gambling", *Biol Psychiatry*, 71(8): 749-57.
- Barratt E.S. (1983), "The biological basis of impulsiveness: The significance of timing and rhythm disorders", *Personality and Individual Differences*, 4: 387-391.
- Barratt E.S. (1985), "Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing", in Spence J.T., Izard C.E. (eds.), *Motivation, Emotion, and Personality*, Elsevier/North-Holland, Amsterdam, pp. 137-146.
- Beck A.T., Steer R.A. (1987), *Beck depression inventory manual*, The Psychological Corporation, New York.
- Beck A.T., Steer R.A., Garbin M.G. (1988), "Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twentyfiveyears of evaluation", *Clinical Psychology Review*, 8: 77-100.
- Bienvenu O.J., Samuels J.F., Riddle M.A., Hoehn-Saric R., Liang K.-J., Cullen B.A.M., Grados M.A., Nestadt G. (2000), "The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study", *Biological Psychiatry*, 48: 287-293.
- Black D.W., Moyer T. (1998), "Clinical features and psychiatric comorbidities of subjects with pathological gambling behavior", *Psychiatric Services*, 49: 1434-1439.
- Blaszczynski A., McConaghy N. (1988), "SCL-90 assessed psychopathology in pathological gamblers", *Psychological Reports*, 62: 547-552.
- Blaszczynski A., Nower L. (2002), "A pathways model of problem and pathological gambling", *Addiction*, 97: 487-499.
- Blaszczynski A., Steel Z., McConaghy N. (1997), "Impulsivity in pathological gambling: The antisocial impulsivist", *Addiction*, 92: 75-87.
- Bottesi, Gioia (2013), *Pathological Gambling: Compulsive-Impulsive Spectrum Disorder, Behavioural Addiction, or Both?* (Tesi di Dottorato, Università di Padova).
- Maccallum F., Blaszczynski A., Ladouceur R., Nower L. (2007), "Functional and dysfunctional impulsivity in pathological gambling", *Personality and Individual Differences*, 43: 829-1838.
- McElroy S.L., Hudson J.I., Pope H.G., Keck P.E., Aizley H.G. (1992), "The DSM-III-R impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders", *Am J Psychiatry*, 149: 318-327.
- Moellerer F., Barratt E.S., Dougherty D.M., Schmitz J.M., Swann A.C. (2001), "Psychiatric aspects of impulsivity", *Am J Psychiatry*, 158: 1783-1793.
- Petry N.M., Stinson F.S., Grant B.F. (2005), "Comorbidity of DSM-IV Pathological Gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic survey on alcohol and related conditions", *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 66(5): 564-574.
- Regier D.A., Farmer M.E. (1990), "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse", *JAMA*, 263: 2511-2518.
- Roy A., Ardinoff B., Roehrich I., Lamparski D., Custer R., Lorenz V. (1988), "Pathological gambling: a psychobiological study", *Arch Gen Psychiatry*, 45: 369-373.
- Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., De la Fuente J.R., Grant M. (1993), "Development of the alcohol use identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-11", *Addiction*, 88: 791-803.
- Steel Z., Blaszczynski A. (1996), "Factorial structure of pathological gambling", *Journal of Gambling Studies*, 12: 3-20.
- Steel Z., Blaszczynski A. (1998), "Impulsivist, personality disorders and pathological gambling severity", *Addiction*, 93: 895-905.
- Strayhorn J.M. (2002), "Self-control: Theory and research", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41: 7-16.
- Vitaro F., Arseneault L., Tremblay R.E. (1999), "Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent male", *Addiction*, 94: 565-575.

## I tossico/alcol dipendenti in area penale. Possibili modalità d'intervento alla luce delle recenti modifiche normative

Marco Ferrario\*, Alfio Lucchini\*\*

### SUMMARY

■ *Among a large part of experts in the field is widely shared the opinion that incarceration of drug users is not a solution for their recovery. Recent changes in the drugs legislation are giving more chances to intervene in aid of drug users in prison or under trial. In order to make the legislation effective and equal on the whole country, is now important to act concretely and to combine values and experiences of both public services and NGOs.* ■

**Keywords:** *changes in the drugs legislation, alternative measures to detention, drug users, inmates, public services, NGOs, prevention, relapse.*

**Parole chiave:** *misure alternative alla detenzione, modifiche normative alla legge stupefacenti, detenuti tossicodipendenti, prevenzione, recidiva.*

Da qualche tempo, sia a causa delle pressioni esercitate dalla Comunità Europea sul nostro paese a proposito del sovraffollamento carcerario, ma anche a seguito delle numerose sollecitazioni provenienti dalla società civile, si sta assistendo, da parte degli organi dello Stato, ad un diverso approccio alla questione penale e della Giustizia in generale, in particolar modo riguardo l'ambito delle dipendenze; ci piace pensare (e sperare) che questo cambiamento sia imputabile non solo a fattori contingenti ma anche ad un diverso approccio culturale, come dimostra anche il riassetto in atto presso il Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga a cui si guarda con fiducioso interesse. Questa tendenza si è appalesata attraverso l'approvazione di modifiche di legge e nuove normative. Si è agito su due fronti: da un lato con azioni tese a diminuire il sovraffollamento carcerario e dall'altro con norme finalizzate a diminuire l'afflusso nei penitenziari attraverso la riduzione del ricorso alla custodia cautelare in carcere. Particolare attenzione è stata posta alla normativa sulla droga. In particolare. È stata abolita con effetto retroattivo l'incostituzionale legge "Fini Giovanardi" del 2006 che equiparava, nel reato di spaccio, droghe cosiddette leggere e quelle pesanti. È stato tolto il limite di due affidamenti terapeutici ex art. 94 del DPR 309/90.

Inoltre è stata introdotta la possibilità di svolgere lavori di pubblica utilità in alternativa della pena per reati di lieve entità. A carattere più generale è stato escluso, salvo in casi di particolari esigenze cautelari, il ricorso alla custodia cautelare in carcere per pene il cui limite previsto è inferiore ai tre anni.

\* *Pedagogista-Criminologo, consulente Dipartimento delle Dipendenze.*

\*\* *Direttore Dipartimento Dipendenze. ASL Milano 2.*

Sono inoltre in fase di avvio, almeno in Lombardia, dei tavoli di lavoro congiunti tra vari attori istituzionali (Tribunali di Sorveglianza, UEPE, Regioni, ASL, ecc.) finalizzati ad individuare modalità operative che agevolino l'applicazione delle norme e che favoriscano il ricorso a misure alternative alla detenzione in particolare a favore di tossico/alcol dipendenti (si auspica anche lo stanziamento di fondi per attività progettuali).

Si sta assistendo inoltre ad una fertile discussione all'interno delle organizzazioni del Privato Sociale (in particolare in seno al CNCA), di riflessione sul ruolo ed i criteri operativi delle Comunità nei confronti dei detenuti tossicodipendenti.

Tutto ciò fa ben sperare ma i problemi da affrontare sono complessi e di varia natura.

Le norme, le leggi, i regolamenti vari, anche se adeguati e potenzialmente efficaci, da soli non bastano e, come purtroppo spesso avviene nel nostro paese, a fronte di buone norme, vengono a mancare le pratiche, sia in termini di uniformità territoriale di applicazione delle norme che della possibilità che queste vengano effettivamente applicate.

A ben vedere la normativa ora offre, pur nella sua perfezionabilità, degli spazi significativi per affrontare adeguatamente le storiche problematiche riguardanti i tossico/alcol dipendenti con procedimenti penali in corso.

Per dare operatività all'evoluzione in corso occorre ora fornire (mi riferisco agli Operatori delle dipendenze, alle ASL ed al Privato Sociale) un concreto contributo, sulla scorta dell'esperienza acquisita nel corso di decenni, per tradurre in pratica ciò che da tempo auspicavamo.

Per focalizzare gli ambiti in oggetto, si consideri che il numero dei tossico/alcol dipendenti reclusi si attesta attorno alle 27.000 unità, di cui circa 8.600 nella sola Regione Lombardia; un numero significativo di questi soggetti potrebbe accedere ad un

programma terapeutico e di reinserimento sociale attraverso una misura alternativa alla detenzione mediante l'applicazione degli artt. 89, 90, 94 del DPR 309/90.

Da tempo e da più parti si è d'altra parte compreso che la detenzione non rappresenta uno strumento efficace ed adeguato per affrontare il problema della tossicodipendenza.

Il ricorso al carcere per soggetti tossicodipendenti autori di reato è frequentissimo nel nostro paese; spesso ciò non è ascrivibile ad un approccio eccessivamente punitivo da parte dei Giudici, bensì alla difficoltà e/o resistenze nell'applicare le norme specifiche già presenti nel nostro ordinamento.

Giova sottolineare, per inciso, che circa il 68% dei detenuti che terminano la loro pena in carcere commettono nuovamente reati, mentre la percentuale si abbassa al 18% per coloro che concludono la pena attraverso un programma di reinserimento socio/lavorativo.

La questione rimbalza quindi nuovamente sull'applicabilità delle norme: la fruibilità delle misure alternative alla detenzione dipende in gran parte dalla funzione di connessione e dal contributo di conoscenza che gli Operatori forniscono agli organi preposti (Giudici e Tribunali di Sorveglianza, Procure, ecc.); in pratica dalla formulazione di programmi terapeutici a corredo delle istanze, insieme a tutto il lavoro di individuazione delle risorse territoriali e comunitarie che possano prendere in carico i soggetti in questione.

Certamente ciò viene svolto, ma in misura oggettivamente insufficiente a fronte del numero delle persone detenute che si trovano nei termini di legge per poter chiedere una misura alternativa, ed attraverso modalità eterogenee sul territorio nazionale.

Per rendere l'idea, alcuni Servizi Pubblici territoriali accettano di prendere in carico solo detenuti con condanne definitive (ignorando l'art. 89 del DPR 309/90), altri danno il loro nulla osta per affidamenti territoriali solo quando si tratta di soggetti con pene non superiori a tre anni (il limite di legge è di sei), alcune Comunità preferiscono non accogliere persone con lunghe detenzioni alle spalle.

A ben vedere risultano evidenti disparità di approccio anche tra i Tribunali di Sorveglianza e frequentemente frastagliata appare anche la linea seguita persino da Giudici di Sorveglianza appartenenti allo stesso distretto, dove la lettera alfabetica iniziale del cognome può cambiare il destino delle persone.

Occorre quindi, coinvolgendo *tutti* gli attori, mettere in campo delle azioni tese ad incrementare la formulazione di programmi terapeutici per detenuti tossicodipendenti e rendere al contempo il più possibile uniformi le possibilità di accesso a programmi terapeutici alternativi alla detenzione, così come, fatte salve le valutazioni dei Giudici inerenti la sicurezza, i criteri di concessione delle misure stesse.

Particolare importanza riveste poi l'intervento rivolto a coloro, siano essi tossicodipendenti od abusatori, che sono sottoposti a giudizio (in particolare per direttissima).

Le recenti modifiche legislative allargano ulteriormente le possibilità di azione e già il citato art. 89 del DPR 309/90 consente al Giudice di concedere gli arresti domiciliari a chi ha in corso od intende sottoporsi ad un programma terapeutico.

Ovviamente lo stesso Giudice, dovendo celebrare numerosi processi in poche ore, non si attiverà *motu proprio* per acquisire le informazioni necessarie ad applicare il dispositivo di legge; la presenza di un operatore che svolge questo compito consentirebbe invece l'applicazione della norma, così come avviene in pochissime sedi di Tribunali del paese (ad esempio a Milano e Genova).

Non sarebbe forse possibile e utile riprodurre questo modello almeno nei Tribunali più importanti?

L'intervento precoce su tossico/alcolodipendenti (ed abusatori problematici), in particolar modo quando soggetti a provvedimenti giudiziari, ha una forte valenza preventiva.

Laddove poi le azioni messe in essere ottengano, oltre all'aggancio del soggetto ad una struttura preposta alla cura, anche di evitare l'immissione della persona nel circuito penitenziario, si riduce sensibilmente il danno che in questi soggetti la detenzione produce; il più delle volte il carcere aumenta il livello di problematicità dell'utente ed incrementa il rischio di recidiva sia nell'uso di sostanze che nelle condotte illegali dopo la scarcerazione.

Importante sarebbe anche strutturare forme di collaborazione con i Tribunali nell'ambito dell'applicazione della legge sui lavori di *pubblica utilità\** introducendo degli elementi di prevenzione che darebbero maggior senso alla sanzione.

Accompagnare chi ha commesso un reato od un illecito a causa o come conseguenza dell'uso di sostanze o di alcol attraverso la rivisitazione degli eventi che lo hanno portato ad essere arrestato significa aiutarlo a prendere coscienza di essere portatore di un problema e che esistono possibilità di risoluzione; premessa questa, come noto, per poterlo poi affrontare.

Infine, se si vuole veramente affrontare queste problematiche in coerenza con la tendenza che pare stia consolidandosi, non si dovrebbe eludere la questione della formazione degli Operatori. Occorre approntare percorsi formativi, finalizzati alla strutturazione di un approccio e modalità di interventi adatti a questa tipologia di utenza.

Le persone autori di reato e/o con un passato di detenzione, a differenza di chi si rivolge "liberamente" ai Servizi, sono infatti portatori di problematiche più complesse ma sono frequentemente oggetto, da parte degli Operatori, di modalità operative in qualche modo standardizzate.

Appare talvolta più utile, invece, perseguire obiettivi intermedi quali la prevenzione della recidiva tossicomane e delinquenziale per lo meno durante la fase dell'esecuzione penale.

In tutto ciò l'apporto degli Enti Ausiliari appare ora più che mai rilevante.

*\* Il lavoro di pubblica utilità consiste nella prestazione di un'attività non retribuita a favore della collettività da svolgere presso lo Stato, le Regioni, le Province, i Comuni o presso enti e organizzazioni di assistenza sociale o volontariato. La prestazione di lavoro, ai sensi del decreto ministeriale 26 marzo 2001, viene svolta a favore di persone affette da HIV, portatori di handicap, malati, anziani, minori, ex detenuti o extracomunitari; nel settore della protezione civile, nella tutela del patrimonio pubblico e ambientale o in altre attività pertinenti alla specifica professionalità del condannato. La sanzione è applicata all'imputato per i reati previsti dal comma 5 dell'art. 73 (produzione, traffico e detenzione illecita di sostanze stupefacenti di lieve entità), quando non può essere concesso il beneficio della sospensione condizionale della pena e per i reati previsti dagli artt. 224 bis, 186 co. 9 bis e 187 co. 8 bis Dec. Leg. 285 del 1992 (Codice della strada); viene comminata in alternativa alla pena detentiva e alla pena pecuniaria, con le modalità previste dall'art. 54 del decreto legislativo 28 agosto 2000 n. 274. La sanzione viene disposta dal Giudice su richiesta dell'imputato, con la sentenza di condanna o di applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'art. 444 del Codice di Procedura Penale (patteggiamento). Con la sentenza di condanna il Giudice individua il tipo di attività, nonché l'ente o l'amministrazione dove deve essere svolto il lavoro di pubblica utilità. La prestazione di lavoro non retribuita ha una durata corrispondente alla sanzione detentiva irrogata. L'attività di lavoro non retribuita viene svolta presso con gli enti pubblici territoriali e le organizzazioni di assistenza sociale e di volontariato individuati attraverso apposite convenzioni stipulate dal ministero della Giustizia o, su delega di quest'ultimo, dal Presidente del Tribunale, a norma dell'art. 2 del decreto ministeriale 26 marzo 2001.*

# Riflessioni sulla prevenzione della recidiva delinquenziale nell'ambito dei percorsi di affidamento terapeutico previsti dall'art. 94 DPR 309/90

Maria Laura Fadda\*, Elena Galliena<sup>o</sup>

## SUMMARY

■ *This article aims to initiate a joint reflection on taking charge of the inmate addict by the judiciary surveillance and services for drug addiction. We will start from the analysis of some critical especially represented by the earlier deadline of revocation for misconduct during the development of alternative measures.* ■

**Keywords:** *therapeutic foster care, alternatives to detention, relapse.*

**Parole chiave:** *affidamento terapeutico, misure alternative alla detenzione, recidiva.*

Con questo articolo ci proponiamo di contribuire alla riflessione congiunta sulla presa in carico del detenuto tossicodipendente da parte della magistratura di sorveglianza e dei servizi per le tossicodipendenza, partendo dall'analisi di alcune criticità in particolar modo rappresentate dall'anticipato termine della misura alternativa al carcere per comportamento colpevole.

Nel periodo di riferimento considerato (anni 2011, 2012, 2013 e primo semestre 2014) sono pervenute al Tribunale di Sorveglianza di Milano, 2488 richieste di affidamento terapeutico, così come previsto dall'art. 94 DPR 309/90, sia da persone in stato di libertà che di detenzione.

Delle istanze pervenute, 1330 sono state accolte (50,3%).

Delle restanti, 924 sono state in parte rigettate (312), considerate inammissibili (276), non doversi procedere (163) altro (173).

Le rimanenti richieste, pari a 234, risultano ancora pendenti.

Nello stesso periodo di riferimento, sui titoli per i quali è stato concesso l'affidamento terapeutico, sono pervenute 575 proposte di revoca da parte del Magistrato di Sorveglianza competente.

Di queste, il Tribunale ne ha accolte 488 (85%), mentre le restanti 87 hanno avuto "altro" esito.

Se si considera il rapporto fra le misure concesse nel periodo considerato (1330) e quelle per le quali si è provveduto a una revoca, sempre nello stesso periodo (488), può rilevarsi che mentre si concedevano misure, se ne revocavano non poche (36%).

Negli anni il trend è stato: 2011 il 35%, 2012 il 42%, 2013 il 38% e nel I semestre 2014 un calo al 29%.

Anche se le misure concesse e le misure revocate prese qui in esame non necessariamente coincidono (nel senso che ad esempio può essere stata revocata nel 2012 una misura concessa nel 2010 e dunque in un anno non preso in considerazione dalla presente ricerca), si può osservare, però, che complessivamente

le revoche riguardano una percentuale rilevante delle misure concesse: più di un terzo ogni anno.

Questo dato percentuale è in linea con altre rilevazioni effettuate a partire dal 1998 al 2005, con percentuali che oscillano fra il 30% e il 40% (Osservatorio delle misure alternative presso la Direzione Generale della Esecuzione Penale Esterna e all'Università La Sapienza di Roma).

Da queste rilevazioni storiche, emerge, inoltre, una differenza fra coloro che hanno scontato la condanna fuori dal carcere e quelli che invece beneficiano delle misure dopo una carcerazione, che, però, non è stato possibile indagare dal punto di vista statistico-numerico in quanto dato non considerato dai registri informatici.

È noto, comunque, che (così come per le altre misure alternative ordinarie, affidamento, detenzione domiciliare) l'evitare la carcerazione riduce il rischio di futura recidiva e che doti sociali come casa, lavoro e rete familiare attiva aumentano, infine, la possibilità di successo della misura.

Attraverso una lettura e una interpretazione dei dati sopra indicati, cercheremo di individuare alcuni fattori che aumentano il rischio di fallimento dei percorsi di affidamento in casi particolari.

In primo luogo deve constatarsi che, generalmente, manca in queste ricerche un'analisi qualitativa e valutativa da un punto di vista criminologico in ordine al ruolo che gioca nel determinare il successo o l'insuccesso di una misura, la tipologia dei reati commessi, la modalità della loro esecuzione e l'ipotesi di un pensiero criminale sottostante.

Consideriamo, infatti, il pensiero criminale come patologia del rapporto con l'Altro e con la Comunità. Si tratta di un pensiero strutturato con proprie specificità e assunti di base, oggetti e campi d'interesse e d'azione propri.

Appare pertanto utile, infatti, distinguere quando una proposta di revoca (e seguente accoglimento) avviene per interruzione del programma terapeutico (anche per rinuncia volontaria da parte del condannato) da quei casi in cui la proposta di revoca sopraggiunge a seguito dell'accertamento di una violazione significati-

\* *Magistrato di Sorveglianza, Tribunale di Milano.*

<sup>o</sup> *Criminologa, esperta del Tribunale di Sorveglianza di Milano.*

va o grave delle prescrizioni o addirittura per commissione di reato.

Per soggetti tossicodipendenti con diverse carcerazioni alle spalle occorrerebbe, inoltre, saper distinguere fra coloro che recidivano per “mantenere” il proprio regime tossicomano, (tossicodipendenti criminali) da coloro che sommano questa esigenza a un pensiero criminale comunque presente (criminali tossicodipendenti).

I primi, se aiutati con un adeguato programma terapeutico a contenere o risolvere il proprio problema di tossicodipendenza, tendono a non commettere più reati e ad avere nell’ambito in cui vivono relazioni e comportamenti tollerati.

I secondi, invece, tendono a mantenere un comportamento deviante anche in assenza di necessità tossicomane, considerando il loro ambiente sociale come territorio di predazione.

Risulta dunque, estremamente importante riuscire a intercettare le differenze tra i soggetti che chiedono la misura, in modo da meglio individualizzare il trattamento di cura e quello di prevenzione della recidiva.

Gli snodi cruciali per evidenziare i rischi di recidiva sono rappresentati dai programmi terapeutici preparati dai Ser.T., in particolare quelli operanti in carcere in collaborazione (elemento da non ritenersi scontato) con l’Area Educativa degli Istituti di Pena.

Insieme dovrebbero elaborare le conoscenze pregresse e attuali sul comportamento e sulla personalità del tossicodipendente.

Nelle istruttorie appare, a nostro avviso, fondamentale, inserire accanto al lavoro clinico usuale, il lavoro criminologico che possa inquadrare il tossicodipendente dal punto di vista della sua “attività criminale”.

Occorre, in sostanza, affiancare ai rischi di ricaduta tossicomana quelli della recidiva criminale, anche attraverso un’indagine socio familiare che riesca ad inquadrare il contesto socio ambientale di riferimento al fine di cogliere la visione sulla vita e sulle relazioni sociali della famiglia e del soggetto, perché è intorno a tale visione che si organizza la quotidianità e le scelte per procurarsi denaro.

Solitamente però, i programmi terapeutici elaborati, non contengono o non recepiscono indicazioni criminologiche perché considerate, secondo noi a torto, di pertinenza dell’ambito giuridico.

Questa mancanza sconta ancora l’invadenza della convinzione per cui il tossicodipendente non debba essere “criminalizzato” in quanto “malato”.

Secondo tale assunto egli commette reati per “necessità”, tolti la quale, verrebbe meno l’esigenza di commettere reati (identificati in detenzione e spaccio).

Col tempo questa convinzione si è rivelata spesso scorretta, oltre che insufficiente; inoltre ha impedito ai Ser.T. e alle Comunità Terapeutiche di occuparsi seriamente del pensiero criminale di una buona parte dei propri pazienti tossicodipendenti, sia liberi sia detenuti.

La prassi operativa che ne è derivata nel corso degli anni successivi al 1990, rivela, un sempre maggiore scollamento nel piano della collaborazione tra l’autorità giudiziaria e quella sanitaria afferenti alla realizzazione della misura dell’affidamento terapeutico.

Da un lato, secondo il punto di vista degli operatori giuridici, emerge l’esigenza, dettata da ragioni di sicurezza sociale, che per tossicodipendenti con struttura di personalità complessa, provenienti da percorsi criminali di lungo corso costituiti anche da reati predatori o particolarmente gravi, vissuti in contesti caratterizzati da disagio familiare e sociale, il programma tera-

peutico non preveda sic et simpliciter il ritorno sul medesimo territorio di provenienza con il solo sostegno del Servizio territoriale limitato a una presa in carico blanda costituita da colloqui settimanali ed esami di verifica dell’astensione dal consumo di sostanze.

Appare, infatti, necessario che il programma sia il più personalizzato e strutturato possibile, in modo tale che la presa in carico riguardi la persona nella sua complessità: sociale, sanitaria e criminologica, cioè che tenga conto del pregresso delinquenziale e della potenzialità delinquenziale eventualmente rappresentato dal contesto familiare e sociale di riferimento, soprattutto in presenza di commissione di reati di particolare allarme sociale. D’altro lato, alcuni operatori sociosanitari, rilevano spesso che la tossicodipendenza è una patologia psichiatrica e che i tossicodipendenti autori di reato hanno delle specificità rispetto ai tossicodipendenti “normali” e sono più difficili da trattare anche per gli operatori che hanno competenze criminologiche.

La problematica della doppia diagnosi, sempre più frequente dato l’aumentato numero di popolazione con disturbi psichiatrici, andrebbe maggiormente approfondita e descritta anche nei programmi terapeutici proposti.

Ad esempio spesso non è chiaro se il disturbo psichiatrico sia preesistente all’abuso delle sostanze o se, invece, sia un effetto dell’abuso stesso. Individuare tale differenza può significare organizzare un diverso approccio clinico al problema psichiatrico/tossicodipendenza con un diverso “peso” dei Servizi territoriali coinvolti.

In ambedue i casi, andrebbe previsto un maggior coinvolgimento dei Servizi psichiatrici territoriali, anche nelle occasioni di studio e approfondimento congiunto che potranno essere organizzati.

È noto, infatti, che in carcere, ove non esiste un servizio psichiatrico strutturato come i Ser.T. interni all’Istituto, vengono presi in carico come tossicodipendenti anche soggetti che, pur abusando di sostanze, presentano una problematica psichiatrica sottostante, tale da condizionare anche la storia criminale, nel senso di maggiore probabilità di comportamenti a rischio e violenti, scarsamente affrontata dal territorio.

Significativo appare il dato che, a oggi, la prassi operativa che coinvolge gli operatori sanitari operanti in carcere e gli operatori penitenziari, non sempre prevede un lavoro di ricostruzione e connessione tra il consumo di sostanze da parte del reo e la commissione dei reati.

Anche sul fronte dei programmi terapeutici comunitari, che offrono sicuramente condizioni maggiormente contenitive, e quindi più tutelanti sia per il detenuto-paziente che per la collettività, non mancano le criticità e le contraddizioni: quale scopo di cura infatti, può avere mandare in comunità un detenuto che, dopo aver scontato diversi anni di carcere ha cessato non solo il consumo, ma anche il bisogno di procurarsi la sostanza, e che manifesta, invece, comportamenti devianti?

Infine, in presenza di una doppia diagnosi, il coinvolgimento dei servizi psichiatrici (CPS), sembra ripresentare vecchi e attuali problemi di coordinamento e di collaborazione tra servizi diversi (di chi è questo paziente? È più tossicodipendente e/o alcolista oppure è più psichiatrico?).

Il rischio è che, ancora una volta, l’enfasi venga posta sulla sintomatologia tossicomana e psichiatrica senza prendere in cura quella criminale, intesa semplicisticamente, come variabile dipendente (dunque trascurabile) dalle altre.

Ma gli insuccessi accumulati in questi 25 anni mostrano tutte le falle di questo modo di operare e l’insoddisfazione diffusa.

Cosa è possibile fare allora?

Partiamo da alcune considerazioni.

I tossicodipendenti seguiti dai Ser.T. territoriali sono un sottogruppo dell'insieme più vasto dei consumatori e degli abusatori, che sono persone con un consumo anche problematico di sostanze stupefacenti, ma che non manifestano un'esigenza di cura da parte di alcun Servizio Specialistico.

In carcere, nonostante il 1/3 circa dei detenuti abbia commesso reati anche in violazione della legge sulle tossicodipendenze, coloro che si dichiarano tossicodipendenti rappresentano una netta minoranza rispetto ai tossicodipendenti e alcol dipendenti seguiti dai Ser.T. territoriali.

In sostanza, la stragrande maggioranza della popolazione che consuma, abusa e dipende da sostanze stupefacenti, non commette reati o non tali e tanti da dover poi finire in carcere.

I detenuti che si sono macchiati di reati e che si trovano in stato detentivo e che si dichiarano tossicodipendenti, non sono sovrapponibili all'insieme dei consumatori di sostanze.

La nostra esperienza ci ha fatto maturare la convinzione che a distinguere queste persone, tanto più se recidivi, dall'insieme della popolazione dei consumatori e degli abusatori, dipendenti da sostanze, sia un pensiero relativo alle leggi e ai rapporti con la comunità.

Questo tipo di pensiero, a nostro parere, caratterizza questo gruppo di tossicodipendenti in modo netto "frantumandolo" statisticamente in due sottogruppi formati, il primo, da coloro che si fermano a una prima carcerazione e non presentano recidive e il secondo da coloro che, mediamente, sommano tre o più carcerazioni pregresse<sup>1</sup>.

In questa ricerca, il primo sottogruppo presenta un rapporto con il mondo del lavoro critico ma non invalidato, il secondo sottogruppo ha avuto con il mondo del lavoro solo sporadici e lontani rapporti.

In tutto questo gli aspetti psichiatrici o clinici hanno avuto e hanno la loro parte, ma essi caratterizzano anche i tossicodipendenti che non hanno mai subito carcerazioni e che non commettono reati.

Far emergere l'ovvio è sempre impresa complicata, ma molto utile.

Noi pensiamo, dunque, che i tossicodipendenti e gli alcolisti che finiscono in carcere, e spesso sono recidivi, accanto a pensieri disturbati in senso psichiatrico e psicologico, presentano un "disagio" sia nel rapporto con l'Altro e le sue cose, sia nel rapporto con la Comunità e la sua organizzazione.

Questo "disagio" non sembra coincidere necessariamente con il disturbo antisociale di personalità, ma rappresenta un pensiero particolare e specifico, un punto di vista "contro dipendente" di vedere la vita e come viverla.

Si tratta in sostanza di un modo di organizzare la propria vita avente proprie, tipiche premesse di base indagabili e rilevabili attraverso colloqui individuali, familiari e attività di gruppo non necessariamente di tipo clinico.

Da questo pensiero discendono le scelte di commettere reati indipendentemente dal bisogno tossicomano.

Tale diversità va rilevata e considerata in tutta la sua complessità e consistenza.

Considerare i reati solo come frutto di bisogno tossicomano, oppure come espressione di raptus o impulsività (psichiatrico) non coglie appieno quello che la specificità criminologica di questi soggetti.

Può accadere infatti, che nella valutazione di una istanza di affidamento terapeutico, oltre alla presenza di idonea documentazione attestante lo stato di tossicodipendenza del soggetto e del programma terapeutico, si percepisca che qualcosa di importante ci è sfuggito o non abbiamo compreso.

Quali potrebbero essere gli elementi, le informazioni, che dovrebbero essere presenti in fase istruttoria per consentire una valutazione più approfondita e che ci rappresentino, oltre agli aspetti strettamente sanitari riferiti alla vicenda tossicomana, il modo di pensare l'Altro e la Collettività da parte del soggetto che ci chiede la misura alternativa?

Tale aspetto non va assolutamente sottovalutato.

Per esempio, le difficoltà nel rappresentarsi l'Altro e la Collettività diventano evidenti quando il tossicodipendente va in misura alternativa in una comunità terapeutica, che rappresenta un frattale della più ampia Comunità sociale.

Una parte consistente dei fallimenti dei programmi deriva dallo scarto tra la rappresentazione della comunità terapeutica che il detenuto si è costruito in carcere e la realtà concreta della vita comunitaria che poi si trova ad affrontare.

Infatti, a volte, il soggetto, che pure proviene dall'istituzione totale carcere, non è in grado di "reggere" il programma comunitario che a volte decide di interrompere, senza che sia stata adeguatamente affrontata e problematizzata dai vari interlocutori la ragione del disagio.

Accanto agli aspetti usuali, ricavati dall'anamnesi clinica, psichiatrica e psicologica, a quella medica sull'abuso continuato di sostanze e loro effetti compromissori sull'organismo, a quella sociale e ambientale, sarebbe importante fossero presenti aspetti quali:

- il rapporto fra il tossicodipendente e il pensiero familiare fra sintonia/sottomissione e distacco/ribellione;
- il rapporto attuale del sistema familiare con la comunità sociale le sue richieste alle Istituzioni e il grado di permeabilità alla riflessione critica su quanto succede;
- per esempio ci si potrebbe chiedere se la famiglia, soprattutto nel caso in cui si valuta un programma terapeutico di tipo territoriale in cui è previsto il ritorno nel nucleo familiare o comunque questo si è reso disponibile a supportare la persona durante la realizzazione del beneficio, sia o non sia in grado di rappresentarsi il pensiero e il vissuto delle Vittime, degli Altri e le ragioni della Comunità?;
- il rapporto attuale del tossicodipendente con la Legge, gli Altri, le Vittime dei suoi reati e la Comunità per valutare il suo grado di permeabilità alla cura e alla riflessione sui propri comportamenti.

È o non è in grado di rappresentarsi le ragioni e i vissuti dell'Altro? Ci potrebbero essere tre tipologie descrittive (aventi l'unico scopo di suscitare discussione):

- la prima, riferita a un quadro di tossicodipendenza o alcolismo suscettibile di evoluzione in cui il pensiero che porta alla commissione di reati non è di tipo criminale;
- la seconda tipologia riferita a un quadro più complesso di comportamento compulsivo e deviante, ma con margini di intervento e di evoluzione ancora possibili;
- la terza, riguardante tossicodipendenti che sommano disturbi di personalità a un pensiero individuale e familiare di tipo cinico e criminale. In questo caso il margine evolutivo è critico e richiede un concerto operativo di più forze multidisciplinari.

Di seguito un approfondimento delle tre tipologie descrittive.

### *1. Tossicodipendenti e alcol dipendenti ansiosi e confusi*

Si tratta di persone tossicodipendenti che commettono reati spinti solo da coazione e astinenza e, pertanto, una volta in cura, dovrebbero ridurre e infine annullare il comportamento delittuoso.

I problemi familiari cui è connessa la loro tossicodipendenza sono in prevalenza di tipo affettivo (trascuratezza, coinvolgimento in conflitti di coppia e/o generazionali) e accuditivo.

La tipologia di pensiero che organizza il sistema familiare è trascurante, in prevalenza di tipo passivo-aggressivo, oppure, in minor misura, di tipo dipendente.

Le relazioni sociali sono positive, anche se non prive di conflitti, in particolare con la famiglia estesa.

Il persona tossicodipendente presenta un pensiero immaturo, raramente cinico o criminale.

La violazione della Legge non è tollerata in famiglia e considerata fonte di stigma sociale.

La tossicodipendenza è spesso limitata a una sostanza elettiva.

I reati sono strettamente connessi all'acquisto e al consumo di sostanze.

La recidiva nei reati è rara e il bisogno economico è soddisfatto quasi sempre da una attività lavorativa.

La storia personale del tossicodipendente presenta trascuratezza e coinvolgimento in conflitti affettivi con i genitori.

La doppia diagnosi è poco frequente e, nel caso, prevale il disturbo dell'umore e quello d'ansia.

La persona si rivela disponibile alla riflessione critica sui propri comportamenti devianti ed è in grado di rappresentarsi l'Altro e le sue ragioni.

## 2. Tossicodipendenti e alcol dipendenti problematici

Il tossicodipendente commette reati spinto da coazione, astinenza e bisogno economico suo e della sua famiglia (per es. lavoro incostante o mancante).

Pertanto, una volta in cura e assistito in modo adeguato, dovrebbe ridurre e annullare il comportamento delittuoso.

I problemi familiari cui è connessa la tossicodipendenza sono, oltre che di tipo affettivo/accuditivo, anche di tipo educativo (visione angosciata del mondo e dei rapporti con gli altri) e psicosociale (isolamento sociale, precarietà nel lavoro, problemi di casa, emigrazione critica, patologie psichiche in famiglia, invalidità, morte precoce dei genitori).

La tipologia di pensiero prevalente nel sistema familiare tende a essere da passivo-aggressivo a persecutoria.

Le relazioni sociali sono conflittuali, deteriorate, ciniche, e le richieste d'aiuto esplicitate ai Servizi tendono al manipolativo/dipendente.

La storia personale del tossicodipendente presenta, traumi, trascuratezza, rapporti sociali solo nel proprio ambito ristretto, isolamento sociale, violenza fisica subita, abbandono scolastico e comportamenti adulti precoci.

Si possono ipotizzare due sotto gruppi:

a) Il bisogno sociale familiare e/o personale è in parte rimediabile entro un progetto assistenziale.

Non esistono nella storia familiare altri episodi delittuosi.

Il tossicodipendente, come i suoi familiari, presenta un pensiero immaturo e cinico, ma non criminale.

La violazione della Legge, soprattutto per reati gravi, non è tollerata.

La tossicodipendenza è in genere legata a una sostanza elettiva, associata ad abuso di alcol.

I reati sono quasi sempre connessi al bisogno di scambio e consumo di droghe e al guadagno economico personale, essendo il lavoro precario e le risorse finanziarie familiari ridotte o in via di esaurimento.

La recidiva è poco frequente e mal tollerata dall'ambiente familiare e sociale in cui vive la famiglia.

La doppia diagnosi è frequente, in prevalenza per il disturbo d'ansia e per il disturbo dell'umore.

Le esperienze in Comunità Terapeutica sono spesso portate a termine e assumono valenze positive nella vita del soggetto.

Egli, mantiene ancora aperta la disponibilità alla riflessione critica e non è sintonico con il reato.

La comprensione delle ragioni dell'Altro e dei suoi vissuti come Vittima appare fragile e oscillante.

b) Il bisogno sociale è cronico, ci sono già stati interventi assistenziali più o meno inconcludenti.

Esistono nella storia familiare altri episodi delittuosi, ma di bassa rilevanza sociale.

Il tossicodipendente, come i suoi familiari, presenta un pensiero immaturo, cinico e tendenzialmente criminale.

La violazione della Legge è giustificata dai componenti della famiglia dal bisogno e dalla mancanza o inconcludenza dell'aiuto ricevuto dalla Società.

La tossicodipendenza tende da subito al poli consumo.

I reati commessi possono essere gravi, non solo legati all'ambito del consumo e dello scambio di droga, ma possono anche essere contro la persona e/o essere commessi in associazione con altri.

Il tossicodipendente non ha mai lavorato in modo continuativo e laddove è stato occupato, si è trattato di situazioni molto precarie, in nero o assistite.

La recidiva non è elevata, ma tollerata e giustificata in senso vittimistico dal proprio ambiente familiare e sociale.

La doppia diagnosi è frequente e associata ai disturbi di personalità e ai disturbi d'umore.

Le esperienze in Comunità Terapeutica sono poco incisive e ripetute, con scarsa rilevanza nella sua vita.

Il tossicodipendente è disponibile a riflettere solo nelle occasioni in cui l'ansia è ridotta e si sente "protetto e contenuto".

## 3. Tossicodipendenti e alcol dipendenti criminali

Il tossicodipendente commette reati non solo per coazione, astinenza e bisogno, ma anche perché fa parte del suo modo – e di quello della sua famiglia – di concepire la vita sociale e procurarsi risorse economiche.

Una volta in cura per la tossicodipendenza, non ha motivi per ridurre o annullare i propri comportamenti delittuosi.

I problemi familiari connessi alla tossicodipendenza sono di tipo affettivo, accuditivo, educativo e sociale.

I conflitti fra familiari sono esternalizzati.

Le relazioni interne alla famiglia sono violente e basate sulla sottomissione.

Il sistema familiare si organizza intorno a legami familiari cronicamente minacciati da grave trascuratezza, abbandono e altre dipendenze (alcolismo).

Il lavoro è precario e nella biografia familiare sono costantemente presenti episodi di carcerazione per fatti rilevanti, subite dai nonni e dai genitori.

La tipologia di pensiero prevalente nel sistema familiare e nei singoli membri tende a essere da persecutoria/cinica a persecutoria/criminale.

Le relazioni sociali sono deteriorate da isolamento vittimistico, persecutorio e aggressivo/predatorio verso la comunità di appartenenza.

Le richieste di aiuto esplicitate ai Servizi sono di tipo manipolatorio.

Il tossicodipendente presenta un pensiero immaturo, cinico e criminale.

La sua tossicodipendenza tende da subito al poli consumo. Raramente si rivolge ai servizi Specialistici quando si trovava in stato di libertà, spesso lo fa per interesse giuridico, oppure non è conosciuto da alcun Ser.T. e si dichiara tossicodipendente in carcere.

I reati commessi sono spesso caratterizzati dalla violenza verso gli altri e le loro cose e possono essere anche molto gravi e in associazione.

La comprensione dei vissuti della Vittima o delle ragioni degli altri è data soltanto con fatica e con aiuto.

La recidiva è tollerata dal sistema familiare e frequente in quanto "prezzo" da pagare messo in conto.

La doppia diagnosi riguarda con frequenza elevata tutti i disturbi del gruppo B e quello paranoide del gruppo A.

La storia personale del tossicodipendente presenta comportamenti adulti precoci, violenza subita e inflitta, abbandono scolastico e associazione precoce a bande.

Le esperienze comunitarie sono state fallimentari e interrotte precocemente.

Tutto questo per dire che il rischio recidiva nella commissione di reati si potrebbe evidenziare ben prima della concessione della misura alternativa, attraverso una rilevazione mirata anche a ciò che costituisce la base di un pensiero criminale organizzato intorno alla predazione e sfruttamento degli altri.

Forse quel 30%-40% circa di recidiva rilevato costantemente nel tempo, si riferisce in buona misura a una tipologia di soggetti come quella dei "tossicodipendenti e alcol dipendenti criminali" e varrebbe la pena di affinare il dato statistico, investendo nell'analisi maggiori risorse, così da meglio comprendere quali strategie di cura siano più opportune.

Soltanto un serio studio sull'esito del lavoro svolto sia da parte dei Servizi che da parte della Magistratura, consente di "fotografare" il contesto in cui si è operato e se le scelte di cura effettuate siano state consone al bisogno espresso.

Per esempio, andrebbe rilevata e differenziata sia la recidiva nell'abuso, che la recidiva nel reato, elementi che non necessariamente devono collidere.

Il fatto che possa esistere una popolazione di soggetti che fa saltare una misura alternativa particolare come quella dell'art. 94 e si presenta con una dote relazionale e sociale di tipo criminale, non vuol dire che la conseguenza, per queste persone debba essere rappresentata necessariamente dal carcere.

Il loro pensiero, come la loro tossicodipendenza vanno curati insieme perché hanno la stessa radice psicologica e affettiva.

Ma di questa specificità devono essere ben consapevoli i Servizi sia interni al carcere sia quelli che prenderanno in carico la persona sul territorio.

Occorre dotarci di una visione clinica che consideri il pensiero criminale alla stessa stregua del pensiero tossicomane, due esiti possibili, a volte concomitanti, dell'abuso infantile grave e della sottomissione precoce a una visione del mondo e della vita antisociale e predatoria in cui le ragioni dell'Altro non hanno valore.

Quello che non ci vuole è la scissione fra gli operatori che vede i Ser.T. e le CT occuparsi delle parti "sanitarie" della tossicodipendenza e alcol dipendenza e gli operatori della giustizia occuparsi delle parti "criminali", come se tali aspetti fossero scindibili e "curabili/trattabili" separatamente.

Quando ciò avviene sono possibili incomprensioni tra le esigenze di cura e del contenimento del rischio di recidiva e chi rischia di farne le spese può essere soltanto il percorso di riabilitazione del condannato.

Nella prassi, avviare una collaborazione maggiormente significativa richiederebbe un sapere e un saper fare concertato, sicuramente da costruire in modo integrato e sinergico, auspicabile in tempi brevi ma ora, pensiamo, possibile.

Sono passati 24 anni dal DPR 309/90, una generazione.

Dobbiamo chiederci: è cambiato il quadro sociale e sanitario da allora?

Sembrerebbe di sì, e non di poco.

Basti pensare all'AIDS, all'esplosione del consumo di cocaina ed eccitanti vari, al consumo giovanile di alcol e all'immigrazione clandestina.

Pur senza arrivare a una modifica del T.U. è possibile sperimentare prassi alternative, magari solo modificando e aggiornando il protocollo tra il Ministero della Giustizia e Regione Lombardia del 2006?

## Note

1. Università degli Studi di Milano-Bicocca, Facoltà di Sociologia, Tesi di Laurea dal titolo "Il rapporto tra tossicodipendenti e reati. Un'indagine su un campione di detenuti tossicodipendenti del carcere di Opera". Anno accademico 2002-2003

L'indagine è riferita a un campione di 150 soggetti tossicodipendenti, di età compresa tra i 20 e i 67 anni. L'analisi delle qualità specifiche campione, ha preso in considerazione sia elementi socio-anagrafici (età, sesso, stato civile, titolo di studio, stato occupazionale, rapporti con i familiari), sia elementi della situazione giudiziaria (carcerazioni pregresse, tipologia di reati commessi). Il numero di carcerazioni risulta essere in media 2.67, ma con una deviazione standard di 2,46.

## Bibliografia

Associazione Antigone (2000), *Il carcere trasparente, primo rapporto nazionale sulle condizioni di detenzione*, Castelvecchi, Roma.

Aa.Vv. (1997), "Tossicodipendenti in carcere", *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 13.

Canepa M., Merlo S. (2004), *Manuale di diritto penitenziario*, 4a ed., Giuffrè, Milano.

Clerici M. (2010), "Doppia diagnosi e modelli di integrazione", in *Il trattamento del disturbo border line di personalità*, Corso Regionale di Formazione per i Dipartimenti SN e PP della Regione Emilia Romagna.

Di Petta G., *Doppia Diagnosi: psicopatologia e clinica dei sintomi-base (SB). Prevenzione e trattamento*.

Ferrario G., Campostrini F., Polli C. (2005), *Psicologia e carcere: le misure alternative fra psicologia clinica e giuridica*, FrancoAngeli, Milano.

Ferrario G., Galliena E. (2012), *Pensiero Criminale - I legami del reo dalla famiglia al carcere*, FrancoAngeli, Milano.

Fiornetin F. (2011), *Misure alternative alla detenzione e tossicodipendenza*, Giuffrè, Milano.

Francia, Marino, Tosi (2009), *L'uomo colpevole e l'uomo tragico. Il tossicodipendente tra carcere e misure alternative*, McGraw-Hill, Milano.

Gabbard G.O. (2002), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano.

Giasanti A. (a cura di) (2004), *Le misure alternative al carcere*, FrancoAngeli, Milano.

Lucchini A. (a cura di). (2001), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano.

Mucelli R., Masci G. (1996), *Tossicodipendenze: curare, guarire, assistere. Lo psicologo clinico al lavoro*, FrancoAngeli, Milano.

Pavarini M. (1987), Relazione presentata al Convegno di studio: *Tossicodipendenze e carcere: alternative alla detenzione e reinserimento nella società*, Cremona, marzo.

Rossi E., Ferrario G. (2003), *Analisi dei fattori di recidiva in tossicodipendenti carcerati*, Atti del Convegno tematico nazionale FeDerSerD: Le forme dell'integrazione, Assago - Milano.

# Il setting di gruppo. Informare e facilitare la motivazione al cambiamento nel percorso detentivo di soggetti con problematiche di dipendenza

## L'esperienza del Servizio delle Dipendenze della USL Umbria 2 presso la Casa di reclusione di Spoleto (PG)

Carlo Enrico Antonelli<sup>o</sup>, Michelangelo Baccari\*, Gianni Casubaldo<sup>^</sup>, Roberto Cruciani\*, Paola Giannelli<sup>o</sup>

### SUMMARY

*In 2003, in compliance with Law 230/2000, the dependency service in Italian prisons passed from the Ministry of Justice to the National Health Service.*

*For the past 10 years the ASL (Primary Health Unit) has operated in the Spoleto prison with a specialist team providing a multidisciplinary service covering diagnosis, treatment and rehabilitation of inmates with addiction problems.*

*First contact may be immediately after entry into the institute, which sometimes coincides with the arrest. More frequently, subjects are first seen when they already have a history of short or lengthy detentions that have failed to resolve their dependency.*

*Therapeutic rehabilitation following diagnosis varies and includes the involvement of the psychologists, physicians and social workers making up the team.*

*Service provision is part of an institutional and inter-institutional network of health, social and education authorities involved in a complex overall prison-inmate recovery programme to be delivered in the penitentiary setting.*

*This contribution describes in detail a setting group intervention covering social, medical and psychological and other treatment aspects.*

*The goal is to raise awareness in subjects of the problems and risks of dependency as a prerequisite for identifying personal potential for use in treatment programmes and rehabilitation within but also outside the prison setting, as provided for by Italian Decree Law 309/90, subsequently amended by Law 49/2006.*

**Keywords:** *dependence problems, specialist team in prison, setting group intervention.*

**Parole chiave:** *problemi legati alla dipendenza, equipe specialistica in carcere, intervento in setting di gruppo.*

### Introduzione

Nei penitenziari dal 2003, in applicazione della legge 230/2000, il Servizio per le dipendenze è transitato dal Ministero della Giustizia al SSN.

Da ormai 10 anni dunque la ASL opera all'interno della Casa di Reclusione di Spoleto con una equipe specialistica con interventi di inquadramento diagnostico multidisciplinare e di presa in carico terapeutico-riabilitativa di detenuti con problematiche di dipendenza.

<sup>o</sup> Psicologo-psicoterapeuta.

\* Dirigente Medico.

<sup>^</sup> Assistente sociale specialista. Ser.D. USL Umbria 2.

Al fine di effettuare un inquadramento diagnostico precoce sui casi, il primo contatto può avvenire già dal momento immediatamente successivo all'ingresso in istituto che a volte coincide con l'arresto.

Più spesso l'arrivo di un soggetto è la prosecuzione di detenzioni più o meno lunghe che non necessariamente comportano la risoluzione della dipendenza; essa è infatti quasi sempre l'espressione di strutture di personalità problematiche, soggette a nuovo rischio, e spesso la mancanza della sostanza è compensata dalla somministrazione del metadone e/o di terapia psicofarmacologica.

Gli interventi terapeutico-riabilitativi avviati a seguito della fase diagnostica sono caratterizzati da differenti tipologie di offerta e vedono il coinvolgimento di psicologi, medici e assistenti sociali che costituiscono l'equipe.

Il lavoro che si effettua è necessariamente collocato in una dimensione di rete istituzionale ed interistituzionale, con i servizi sanitari, sociali ed educativi coinvolti nel complessivo programma disposto a favore del detenuto, dovendosi realizzare all'interno del contesto penitenziario.

Con il presente contributo si intende esporre nello specifico una modalità di intervento effettuata in setting di gruppo da diverse prospettive: sociale, medico, psicologico e trattamentale.

L'obiettivo è promuovere un processo di consapevolezza rispetto ai problemi ed ai rischi legati alla dipendenza, come presupposto necessario per individuare potenzialità personali da utilizzare nei percorsi terapeutici e riabilitativi intra ed extramurari previsti dalle normative vigenti Dpr 309/90 e modificazioni con la legge 49/2006.

## Significato del lavoro di gruppo nel contesto penitenziario

Lo stato di restrizione comporta deprivazione e sofferenza, costituisce una parentesi nell'esperienza di vita, un cambiamento che richiede nuovi adattamenti e la necessità di riorganizzarsi, anche in senso psichico.

Ci sono tre possibilità: che si intraprenda un percorso di crescita, che si mantenga l'equilibrio preesistente o che avvenga una ulteriore involuzione della personalità.

Laddove vi siano adeguati stimoli, proprio la limitazione dello spazio esterno e delle possibilità può mobilitare risorse per attivare processi di consapevolezza e motivare ad un cambiamento evolutivo.

Compito dell'istituzione è mettere a disposizione tutti gli strumenti atti a "facilitare quel processo di modificazione degli atteggiamenti che sono di ostacolo ad una costruttiva partecipazione sociale" (Legge 354/75).

Strumenti che la persona potrà poi utilizzare in relazione alle sue possibilità ed ai suoi tempi.

Tra questi strumenti il gruppo – inteso come luogo e spazio di contenimento, supporto e condivisione – è una modalità di intervento efficace in quanto costituisce valido strumento riabilitativo e preventivo.

"Tutti abbiamo bisogno di contenitori per contenere pensieri, preoccupazioni, conflitti, emozioni, desideri, idee, affinché possano maturare in un ambiente protetto e ci si possa pensare su" (W. Bion).

Ciò è tanto più necessario quanto più ci si avvicina a condizioni particolari dell'esistenza, come la detenzione, o quando la personalità non è sufficientemente strutturata.

Nel contesto detentivo, l'informazione può incidere sull'impegno a cambiare le proprie abitudini e comportamenti in relazione alla propria salute, ad assumersi la responsabilità rispetto al proprio benessere fisico e psichico avviando meccanismi di autoprotezione che favoriscano un controllo sulle sostanze.

Il gruppo può costituire un contesto e un veicolo efficace di trasmissione e assimilazione dell'informazione riguardo ai danni e i rischi correlati all'uso di sostanze.

Esso accoglie infatti, attraverso l'ascolto, le parti sia sane e positive che fragili e disfunzionali della personalità, promuovendone l'integrazione; facilita la comunicazione e l'espressione dei sentimenti e delle idee rinforzando l'autostima e l'immagine di sé; stimola la capacità di pensare attraverso l'autonarrazione, il confronto con gli altri e la riflessione sulla propria esperienza.

Il gruppo è contenitore, oltre che del tema condiviso per il quale il gruppo stesso è nato, di altri aspetti dell'esistenza, dei proble-

mi del vivere, a partire dall'ansia generata dagli effetti della privazione della libertà e dalla lontananza dagli affetti.

Ciò consente di trattenere le emozioni nella mente, dando ad esse un significato anziché agirle. Predisporre la mente ad uno stato mentale compatibile con processi di auto-osservazione, responsabilità, riparazione.

Le stimolazioni offerte dal gruppo sono importanti per soggetti detenuti con problemi di dipendenza in quanto aiutano ad affrontare la detenzione e preparano la fase estremamente delicata della scarcerazione, spesso vissuta con ansia e preoccupazione per il futuro.

Il collegamento con il territorio permette di costruire un ponte con la comunità e di facilitare il reinserimento nella società.

## Gestazione dell'iniziativa

L'idea di svolgere nella casa di reclusione di Spoleto dei corsi informativo-motivazionali destinati a persone con problemi di dipendenza nasce da esperienze analoghe sperimentate in altri contesti, ad opera dello stesso Dipartimento per le dipendenze.

In particolare, presso il Servizio di Alcologia e il Servizio Nuove Dipendenze Girovento, da qualche anno vengono fatti analoghi gruppi con lo scopo di informare e di motivare gli utenti ed i loro famigliari verso progetti terapeutici condivisi, al fine di migliorare l'efficacia e la trasparenza dei trattamenti stessi.

La proposta viene formulata dall'assistente sociale Gianni Casubaldo nella riunione del 14 ottobre 2010 e viene discussa all'interno del team Ser.T. che opera nella casa di reclusione di Spoleto; oltre allo stesso assistente sociale, i due medici e i due psicologi a convenzione.

La proposta viene subito raccolta e apprezzata nei vari suoi aspetti positivi; essa risponde d'altro canto a esigenze da tempo avvertite dal team di operatori nella loro routine.

In primo luogo, nell'attuale ormai cronica situazione di sovraffollamento degli istituti di pena, di elevato turnover di persone detenute, imputate, in custodia cautelare, si apprezza l'opportunità di raggiungere con informazioni utili un numero di utenti maggiore rispetto a quelli che è possibile raggiungere attraverso gli usuali colloqui individuali.

Le informazioni inoltre possono essere date in modo più completo e organico, e grazie alla possibilità dei partecipanti di partecipare attivamente con domande o narrazione di esperienze si possono approfondire vari punti di interesse generale di cui gli utenti presi singolarmente nei colloqui individuali magari non solleciterebbero la discussione.

Inoltre, la dinamica stessa di gruppo di training, se ben governata, consente ai partecipanti di esternare vissuti ed emozioni come difficilmente sarebbe possibile nelle interazioni spontanee di tutti i giorni dove predominano i ruoli, le "maschere" sociali e il timore del giudizio altrui.

Tutto questo può promuovere le motivazioni giuste a iniziare un percorso di crescita e di cambiamento personale che naturalmente ha bisogno poi di essere costruito attraverso altre scelte che vanno oltre gli orizzonti della iniziativa di cui si sta trattando.

Nella riunione di servizio di ottobre 2010 si formula quindi l'auspicio e la previsione che da parte dei detenuti l'iniziativa possa essere accolta con favore, specialmente da parte di coloro che sono più sensibili alla tematica della dipendenza che hanno più volte lamentato la mancanza di iniziative che possano stimolare e coinvolgere.

Sulla falsariga delle esperienze fatte negli altri contesti istituzionali, il corso viene articolato in sei incontri tematici.

I primi due incontri, coordinati dall'assistente sociale, vertono sui temi dell'accesso alle misure alternative al carcere e sul tema del reinserimento sociale e lavorativo.

I due incontri successivi, a cura dei medici del servizio, hanno per tema il rapporto con la salute; le malattie correlate alle dipendenze e i farmaci e la prevenzione delle overdose.

Gli ultimi due incontri infine, affidati ai due psicologi, vertono sul ruolo di aiuto e consulenza dello psicologo e sul ruolo della famiglia nella riabilitazione.

## Il contesto, i contatti e il lavoro preparatorio

Iniziative come questa, quando vengono proposte in un contesto come quello della reclusione, non trovano in genere, come è facile immaginare, un terreno spianato.

Nel penitenziario occorre innanzitutto tenere conto della variabile sicurezza, con la quale ogni nuova iniziativa deve misurarsi.

In un istituto concepito in origine per la "massima sicurezza" come quello di Spoleto si trovano attualmente pressoché tutte le diverse tipologie di regime detentivo, i cosiddetti "circuiti", che per regolamento devono essere differenziati in ogni aspetto della gestione.

Essi devono in molti casi alternarsi negli stessi spazi per svolgere le varie attività senza potersi incontrare e mescolare, con evidenti problemi logistici e organizzativi.

Poi ci sono le situazioni particolari, che anche esse regolano la possibilità dei movimenti interni dei detenuti, come le incompatibilità fra singoli e talvolta per etnia o nazionalità (a Spoleto una buona parte dei detenuti è straniera, in genere extracomunitaria). Tutto ciò naturalmente porta a dover selezionare i partecipanti a una iniziativa che metta insieme più persone, come quella dei nostri gruppi, non già in base alla rappresentatività del problema dipendenza in sé, problema che è certamente trasversale ai vari circuiti, ma appunto ad altri fattori, che impongono di fare scelte omogenee rispetto ai criteri ora accennati.

Nel nostro caso abbiamo scelto di comporre i gruppi, in tutte e tre le edizioni del corso che si sono succedute, con detenuti appartenenti al circuito "media sicurezza", che sono anche coloro che sulla base delle posizioni giudiziarie possono più di altre categorie di detenuti aspirare a trattamenti alternativi alla detenzione.

La polizia penitenziaria è il naturale referente per tutto ciò che riguarda i problemi organizzativi legati alla variabile sicurezza, essendo deputata all'ordinato svolgimento della vita all'interno del penitenziario e quindi alla gestione degli spazi comuni, anche in rapporto al compito istituzionale di sorveglianza e quindi alla distribuzione del personale. In tempi di sovraffollamento dei detenuti, e sull'altro versante di organici della P.P. alquanto sotto la dotazione necessaria, quello organizzativo e logistico è senz'altro uno dei problemi maggiori da risolvere, e la nostra iniziativa non ha fatto eccezione; nonostante il prodigarsi del personale addetto alle aule abbiamo quasi sempre incontrato difficoltà nel reperimento di spazi minimamente attrezzati (negli incontri con l'assistente sociale e gli psicologi il requisito essenziale era un numero adeguato di sedie, anche senza tavolo; per gli incontri con i medici una lavagna era auspicabile ma non sempre disponibile. Nei casi migliori siamo riusciti a ottenere un computer con proiettore per proiettare dei film).

C'è un ulteriore aspetto che discende da quanto detto sopra: determinate attività che fanno parte ormai irrinunciabile del trattamento penitenziario, come i corsi scolastici, già saturano o

quasi gli spazi comuni disponibili, e impegnano la polizia penitenziaria negli ordinari compiti di sorveglianza.

Iniziative che nascono come degli "una tantum" al di fuori di queste attività ormai istituzionalizzate pongono dei problemi supplementari che non trovano oltretutto un iter collaudato per la loro autorizzazione e realizzazione.

È quindi comprensibile che la Polizia penitenziaria, già alle prese con i suoi problemi di organici per svolgere i compiti routinari, possa vedere non di buon occhio una iniziativa che esca un po' dai canoni.

"Che bisogno c'era di una nuova iniziativa quando si fatica a stare dietro a quelle già esistenti?"

Ma a questa perplessità fa da contraltare la percezione, sia da parte della stessa polizia penitenziaria che da parte della direzione dell'istituto e dell'area educativa, di una necessità, per la stessa buona gestione dell'istituto, di iniziative che possano alleviare il disagio diffuso.

Non appare in realtà necessaria una sensibilizzazione al problema, perché tutti gli interlocutori si mostrano già consapevoli dei problemi che riguardano in particolare i detenuti tossicodipendenti, e convinti della opportunità di iniziative come queste.

In questo senso anche la nostra iniziativa ha trovato oltre che lo scontato parere favorevole di una direzione stabilmente orientata in senso rieducativo e trattamentale, anche della polizia penitenziaria che si deve misurare tutti i giorni con il disagio del carcere e con la carenza di iniziative per alleviarlo.

Il lavoro più impegnativo è, come sempre, quello di passare dal dire al fare.

Perciò, unica reale condizione, alla fine, per il varo di questa iniziativa è stata quella di un continuo, in alcuni momenti pressante, pungolo e accompagnamento di ogni fase della sua attuazione, attraverso contatti costanti con le figure istituzionali "chiave" per ogni singola parte di essa (dal referente per le aule, a quello per la sorveglianza generale, e non tralasciando di mettere puntualmente al corrente di ogni stadio di avanzamento del progetto le figure di comando).

## Gli incontri con i detenuti

Il gruppo informativo motivazionale è stato costituito su base volontaria.

Nelle bacheche delle sezioni dove alloggiavano i detenuti classificati "media sicurezza" è stato affisso un avviso rivolto alle persone con problemi di dipendenza.

Si enunciava l'obiettivo del corso ("informare e favorire la discussione su temi importanti come i programmi di cura e riabilitazione, le malattie legate alla tossicodipendenza, l'aiuto dello psicologo, il reinserimento sociale e lavorativo, i farmaci e la prevenzione dell'overdose, il ruolo della famiglia nella riabilitazione"), si davano informazioni relative all'organizzazione in sei incontri, alla durata, al numero massimo previsto di partecipanti (10-12), si rimarcava la natura partecipata degli incontri ("... i contributi a conoscere e comprendere i problemi che vengano dall'esperienza di ognuno saranno benvenuti"), si richiedeva la conoscenza della lingua italiana almeno a livello elementare (per non ostacolare la partecipazione anche di detenuti non italiani, evitando al contempo situazioni frustranti per chi non avesse le minime competenze comunicative tali da consentirgli una partecipazione attiva al gruppo).

Le "domandine" dei richiedenti venivano poi vagliate per verificare la conoscenza da parte del servizio del richiedente come persona con problemi accertati di dipendenza.

Non si sono fatte distinzioni riguardo al tipo di dipendenza; la maggior parte dei richiedenti aveva comunque una dipendenza da sostanze stupefacenti, in particolare eroina e cocaina, una quota minore da alcool.

Il corso ha avuto finora tre edizioni.

La prima si è tenuta fra dicembre 2011 e marzo 2012 e ha visto la partecipazione di dodici detenuti, tre dei quali stranieri.

La seconda si è tenuta fra maggio e luglio 2012 e ha visto la partecipazione di sedici detenuti, con qualche defezione lungo il percorso (questa è una evenienza normale in un istituto di pena, fra trasferimenti, abbandoni, ecc.).

La terza edizione si è tenuta fra aprile e luglio del 2013; ad essa hanno richiesto la partecipazione 14 detenuti, poi ridottisi di numero nel corso dello svolgimento per i motivi sopra accennati.

## **Il Ruolo dell'assistente sociale nella riabilitazione: i programmi di comunità terapeutica e il reinserimento sociale e lavorativo**

(Gianni Casubaldo)

Informare è un dovere, soprattutto quando ci sono delle scelte che coinvolgono in prima persona i destinatari dell'informazione. All'interno di un istituto penitenziario questo significa concretamente preparare le persone ad un dopo che si chiama reinserimento nella società.

Informare è un'azione del servizio sociale di comunità, dove l'assistente sociale, attraverso metodologie inerenti la conduzione dei gruppi, favorisce l'autodeterminazione di gruppi di persone di fronte al cambiamento.

Quando a causa delle proprie azioni sbagliate si è stati privati della libertà è necessaria un'offerta di orientamento diretta alla persona.

Orientare una persona tossicodipendente detenuta significa iniziare a costruire con lei la consapevolezza di un cambiamento necessario che non può che passare attraverso interventi terapeutici alternativi al carcere.

Tali interventi non possono essere standardizzati, altrimenti il rischio di un loro fallimento è molto alto, e devono essere preparati a partire dall'interno del carcere.

Lasciare questi detenuti a se stessi all'interno dell'istituto penitenziario, significa avvalorare la tesi del "dentro e fuori".

L'attesa cioè che passino i giorni necessari per ottenere il beneficio alternativo al carcere e poi la libertà, intesa non come inizio di un programma terapeutico, ma come tempo libero dal carcere.

I gruppi informativi in cui vengono date e soprattutto scambiate informazioni sui programmi alternativi al carcere e sugli strumenti previsti dalla legge per il reinserimento sociale e lavorativo, possono avere una grande forza motivazionale.

Una forza che ha lo scopo di riempire il "vuoto" della possibile libertà, dare contenuto e senso al trattamento riabilitativo che si va a intraprendere.

Molto interessanti sono le discussioni che si creano all'interno delle sedute, dove le esperienze positive e negative spesso diversissime tra di loro che hanno avuto i detenuti, creano interesse e soprattutto fanno apprendere nuove informazioni mai ricevute prima.

In assenza d'informazione in carcere "conta" solo l'esperienza del detenuto più anziano, di quello che è entrato e uscito tante volte dal carcere e soprattutto di quelli che sono riusciti ad ottenere maggiori esiti positivi rispetto alle istanze presentate.

La conduzione di questi gruppi da parte dell'assistente sociale ha come obiettivo di facilitare la discussione e il racconto delle esperienze.

Man mano che vengono fornite informazioni, viene chiesto ai partecipanti di raccontare le loro esperienze, sia relative alle comunità dove essi hanno svolto, e spesso abbandonato, un programma terapeutico, sia riguardo alle modalità con cui hanno presentato le istanze ai tribunali di sorveglianza, o ai rapporti con i loro servizi per le tossicodipendenze di provenienza.

Sono molti infatti i soggetti, anche nei nostri gruppi, che hanno già sperimentato la comunità ma spesso senza una adeguata preparazione sia sul piano dell'informazione preventiva sia su quello parallelo e altrettanto importante della costruzione di una autentica motivazione.

Affrontare questi argomenti in gruppo ha come effetto verificato che gli stessi partecipanti diventano a loro volta fonte di informazione per gli altri detenuti delle sezioni dove essi sono collocati.

Il gradimento di questi eventi è piuttosto alto soprattutto per l'aspetto orientativo che hanno i gruppi informativo-motivazionali, che pone le persone in una prospettiva concreta di contenuto rispetto al loro futuro.

A volte la precarietà stessa degli spazi all'interno dei quali è stata condotta questa esperienza, "ricavati" tra quelli scolastici, e la stessa condizione di provvisorietà, paradossalmente, ha reso più interessante e stimolante il dibattito, dando un senso di costruzione attiva dello spazio stesso, e del discorso, da parte delle persone partecipanti.

In fondo la metafora del "ricercare lo spazio" è la condizione sine qua non per ogni cambiamento personale e quindi sociale.

## **Malattie Infettive correlate alla Tossicodipendenza**

(Roberto Cruciani)

Uno degli argomenti selezionati per il loro interesse e impatto sulla popolazione interessata da problemi di tossicodipendenza è stato quello delle malattie infettive correlate a questa condizione. Nello specifico ci si è occupati degli agenti causali delle malattie stesse, delle modalità di contagio, dei sintomi e segni dello stato morbosità, dei metodi diagnostici, delle terapie ed infine della prevenzione e profilassi delle stesse.

Epatiti infettive, infezione Hiv, MST (malattie trasmesse sessualmente), sono state dibattute nei dettagli con una particolare attenzione rivolta alla prevenzione.

L'approccio agli argomenti non è stato conforme alla didattica intesa in senso tradizionale (lezione frontale), gli interventi hanno avuto bensì la caratteristica della "circolarità", con contributi, osservazioni e spunti di discussione portati liberamente da tutti i partecipanti, cosicché il ruolo dell'operatore è stato più quello di un coordinatore/moderatore che di un vero conduttore. Spesso dal tema principale la discussione si è spostata su argomenti diversi, quali il tema dell'affettività del detenuto, i programmi alternativi al carcere, la certificazione di tossicodipendenza, l'attualità dello stato di tossicodipendenza, ecc.

Ciascuno di questi argomenti, tutt'altro che banali, è apparso fortemente sentito dai partecipanti ed in qualche modo "essenziale" a mantenere accesa in loro la speranza del cambiamento. Sorprendente e fonte di soddisfazione è stato il fatto che le risposte alle domande sorte dal dibattito sono in gran parte state fornite proprio dai partecipanti stessi del gruppo, anche per i quesiti riguardanti gli argomenti più ostici, come quello della certifica-

zione di tossicodipendenza. In conclusione, analizzando l'esperienza a posteriori, possiamo affermare che idee e risorse abbondano nel carcere, si tratta solo di "crederci un po' di più" dando alle persone detenute ascolto e una opportunità di espressione.

## Farmaci e prevenzione dell'overdose

(Michelangelo Baccari)

"Oggi si recita a soggetto!"

Sembrava questa la "mission" che mi era stata affidata per il mio incontro ai corsi informativo-motivazionali.

Dover parlare di farmaci e prevenzione dell'overdose, faceva presagire una bella lezione magistrale possibilmente condita di "slide" e quant'altro rendesse più pomposa la cosa.

Niente di tutto ciò, si è discusso liberamente senza supporti didattici, senza scrivanie né tavoli, di quelli che erano gli "effetti" delle sostanze d'abuso, delle implicazioni legali (amministrative) che ne comporta l'uso e dei farmaci che vengono usati per combattere la dipendenza e le morti per overdose.

Molti partecipanti hanno portato la loro esperienza che ha rafforzato e ampliato il mio contributo di medico, e alla fine il tutto è diventato bene comune.

È stato quasi sempre difficile, per motivi organizzativi, iniziare l'incontro, ma è stato difficile anche interrompere il gruppo: più passava il tempo e più la discussione si faceva intensa e colorita, piena di contributi, spesso dialettali e forse molto più veri.

Gli incontri sono sempre stati l'uno diverso dall'altro e si sono sempre conclusi con la richiesta: "Dotto' ne dobbiamo fare altri di questi gruppi!"

Non pensavo che dei gruppi fatti in una condizione così disagiata, spesso scelti dai partecipanti solo per uscire di cella, potessero risultare così partecipativi ed essere gratificanti per me conduttore.

## Il ruolo della famiglia nella riabilitazione

(Carlo Enrico Antonelli)

La scelta di questo tema a prima vista può far pensare a un errore; sembrerebbe infatti un tema più pertinente per giovani e adolescenti, che vivono ancora nella famiglia di origine.

Viene infatti subito da pensare al ruolo che le figure adulte della famiglia (genitori, parenti) possono svolgere nei confronti dei figli o nipoti con problemi di tossicodipendenza.

Proposto agli adulti tossicodipendenti di un carcere può sembrare fuori luogo; il più delle volte sono loro i capifamiglia, hanno genitori anziani o non più presenti: chi può aiutarli?

La scelta di proporre in un simile contesto questo tema però non è stata un errore.

Anche senza considerare i casi non infrequenti delle persone giovani detenute che hanno ancora rapporti di dipendenza materiale o affettiva con figure adulte ancora valide della propria famiglia, si è voluto dedicare una riflessione a tutte le potenzialità che il gruppo-famiglia può esprimere nella riabilitazione di un membro tossicodipendente, che questi sia, come principale connotazione, figlio, padre, fratello, marito; e senza dimenticare di affrontare anche il tema opposto, ossia il ruolo talvolta patogeno di determinate situazioni familiari.

Che la famiglia possa aiutare o che viceversa possa far ammalare è espressione di una stessa cosa, ossia l'importanza fondamentale della famiglia per i destini di un individuo.

Negli incontri dedicati al tema, si è quindi, ad esempio, richiamata l'attenzione sulla genitorialità; sullo stimolo alla responsabilità che essa comporta, e quindi si potrebbe dire sull'importanza anche ai fini della maturazione personale del prendersi cura in luogo di essere preso in cura.

La persona tossicodipendente detenuta si percepisce spesso esclusa dalla dinamica familiare.

Prova intensi sentimenti, in genere di preoccupazione, o di colpa, ma spesso è una partecipazione soltanto passiva, di riflesso.

Il sentirsi escluso da una attiva influenza nella vita familiare a volte viene vissuto addirittura con sollievo, quando manca il grado di stima di sé necessaria per credere nel proprio contributo positivo e si ritiene anzi di poter essere solo di danno.

Il risultato è di rinforzare una immagine di sé negativa, far radicare ulteriormente sentimenti di sfiducia, deresponsabilizzarsi sempre più, presupposti tutti per un non cambiamento personale.

Il proporre una riflessione su questo tema nel gruppo informativo motivazionale può sollecitare una maggiore presa di coscienza sia dei meccanismi cognitivi che costruiscono una immagine di sé così passiva e inerte, sia delle opportunità, spesso ignorate, di un cambiamento di rotta che può produrre una modifica dell'immagine di sé, nel senso della consapevolezza delle proprie responsabilità così come delle proprie possibilità.

È accaduto di fatto che alcuni partecipanti dei gruppi abbiano potuto vedere come fossero essi stessi a escludersi, più che la dinamica familiare a escluderli.

Comprendere però come anche una esperienza personale fallimentare, se meditata e rivista criticamente, possa costituire un utile insegnamento per un figlio che magari rischia di ripercorrere la stessa strada del padre, può rappresentare un richiamo alla responsabilità e al senso di utilità personale che motiva a un cambiamento.

Portare le proprie esperienze al gruppo e confrontarsi con quelle degli altri consente di conoscere alternative al proprio modo di vedere le cose e di agire, e non è affatto scontato nella realtà quotidiana del carcere che questo avvenga nelle interazioni spontanee fra i detenuti, anzi tutte le evidenze inducono a pensare che i discorsi che fanno emergere sensazioni dolorose di fallimento non vengano affrontati.

Il riscontro da parte dei partecipanti è stato molto positivo sia in termini di partecipazione attiva che di gradimento espresso verso questo tipo di opportunità.

Chiaramente un solo incontro è appena sufficiente per mettere a fuoco il tema e soprattutto il fatto che esiste la possibilità di affrontarlo; è uno stimolo alla riflessione che poi necessiterebbe di essere ripreso e affrontato in maniera più completa e organica.

## L'aiuto dello psicologo: essere coscienti di avere un problema. Percorsi terapeutici individuali nel disagio della detenzione

(Paola Giannelli)

Un buon incontro.

I partecipanti che si sono succeduti nelle tre edizioni del corso hanno dato a ciascun gruppo una diversa "personalità", in funzione delle modalità – esuberanti, caute o riflessive – di esprimere emozioni e pensieri.

Comune denominatore è stato la partecipazione attiva e la motivazione esplicita a dare continuità a relazioni con gli operatori in grado di accogliere, contenere, riflettere su aspetti problematici per creare spazio a parti positive e propositive di sé.

È stata scelta la disposizione dei partecipanti in cerchio per facilitare la circolarità della comunicazione, rimarcare il legame che si crea tra chi è parte di un gruppo e la presenza di un centro che, in quanto equidistante da ognuno, stabilisce la parità e rappresenta lo spazio per la verità di ciascuno.

Viene definito il setting.

Le regole del gruppo:

- esprimere ciò che si pensa e si sente perché non si verrà giudicati né ciò che di personale emergerà uscirà dal contesto;
- ascoltare e rispettare il turno degli altri affinché tutti possano esprimersi;
- condividere e dare il proprio contributo perché nel gruppo ognuno è parte di un insieme di cui rappresenta un aspetto peculiare.

La funzione dello psicologo nel contesto detentivo: di accoglienza ed ascolto, per contenere la sofferenza connessa allo stato di restrizione, alla separazione dagli affetti, alla preoccupazione per il futuro.

Ma anche i punti di forza da mobilitare per proteggere le parti vitali di sé: emozioni e affetti positivi, sentimenti di fiducia, necessari per sopravvivere al carcere mantenendo una prospettiva sul futuro.

In definitiva guardare dentro se stessi per prendere coscienza di cosa funziona, cosa non funziona o non ha funzionato.

I temi trattati – la consapevolezza di avere un problema, il ruolo dell'identità e della rappresentazione dell'esperienza

#### *L'identità*

Il tema dell'identità viene introdotto nel momento in cui ognuno si presenta riferendo il proprio nome, da quando è in carcere; quanto dovrà restarci.

Il nome rimanda alla storia personale, è una tela in cui passato, presente e futuro si intrecciano. Punto di partenza è il presente dove, insieme alla condizione detentiva, c'è il passato, ma anche futuro, con ciò che si è lasciato fuori e che aspetta, accompagna e sostiene.

Nel momento in cui si vive un'esperienza come quella detentiva l'identità sembra appiattirsi, tende ad assumere un carattere stereotipato, anonimo, simile alle relazioni, alle regole rigide, alle azioni ripetitive che si vivono quotidianamente, tipiche dell'istituzione.

Tuttavia, ognuno continua ad essere figlio, compagno, fratello, amico, padre, parte di un sistema di relazioni ed esperienze che si porta dentro: dietro alla affettività coartata dagli effetti della istituzione scorre parallelo un mondo interno, fiume sotterraneo di emozioni, affetti, desideri, che rappresentano e proteggono la parte vitale di ognuno.

#### *Dare significato all'esperienza*

È a questo mondo interno che ci si può rivolgere per affrontare i momenti di difficoltà come la detenzione e magari darle significato utilizzando questa "pausa di vita" come opportunità per segnare la fine di un capitolo, voltare pagina, sfogliare altre pagine bianche su cui scrivere.

La restrizione dello spazio, vedere la propria vita "dal di dentro", può permettere di stabilire la giusta distanza per osservarla ed auto-osservarsi, per trasformare il tempo della pena in un percorso di consapevolezza di sé.

Ciò premesso, gli interventi concreti del gruppo spostano l'attenzione sulle condizioni difficili che si vivono attualmente in carcere legate alla mancanza di spazi ed all'inattività.

Tali condizioni predispongono ad uno stato mentale "persecutorio" che rende difficile guardarsi dentro in modo critico: porta

piuttosto a spostare le cause del disagio al di fuori di sé, in questo caso sull'istituzione.

Esse aumentano inoltre il livello di tensione ed il disagio fisiologico per la restrizione, incrementando il ricorso agli psicofarmaci, unico strumento di contenimento possibile.

Viene dunque individuato nel contesto un ostacolo alla consapevolezza di avere un problema, contesto che favorisce ed accentua meccanismi difensivi quali spostamento e proiezione, nonché la rimozione delle emozioni e del pensiero attraverso un uso del farmaco che – da quanto riferito dal gruppo – è frequente, spesso massiccio.

Le dinamiche istituzionali facilitano processi involutivi della personalità anziché di evoluzione ed assunzione di responsabilità, possibile attraverso una elaborazione critica delle esperienze.

Posto che la finalità degli interventi possibili in ambito istituzionale è di normalizzare i comportamenti anziché promuovere capacità di gestirsi e processi di crescita e che le condizioni di vita non predispongono alla consapevolezza di avere un problema, ci si è chiesti quali risorse personali possono essere attivate per avvicinarsi a questi obiettivi senza colludere con le reazioni involutive verso le quali l'istituzionalizzazione spinge.

Distanziarsi dai condizionamenti è infatti una capacità specificamente umana, nel senso che l'uomo, anche di fronte alle situazioni più difficili, resta libero di prendere posizione, di assumere atteggiamenti che danno un significato anche a queste esperienze.

Assumere una posizione vittimistica non è funzionale all'equilibrio, in quanto genera sentimenti negativi (rabbia, rancore, rivalsa, senso di abbandono, ritiro in se stessi) che portano ad atteggiamenti distruttivi e/o autodistruttivi.

È importante invece proteggere sentimenti e parti vitali di sé; ognuno lo fa in funzione di una ragione, una motivazione per la quale vale la pena affrontare il presente e guardare al futuro. Qualcuno ha un figlio, qualcun altro fa appello a quella tendenza ribellistica che, in condizioni avverse, spinge verso la vita e che fa dire: "io sono più forte".

Qualcun altro sente il bisogno di una vita diversa perché toccato dalle conseguenze negative di quella passata e perché sono state deludenti le sue relazioni oltre che le sue esperienze.

Uno strumento possibile per mantenersi vivi "dentro" è la persona stessa, la sua capacità di empatia, di relazione che permette di essere conosciuti, riconosciuti e permette di mantenere una sensibilità.

Oppure un'attività che dà senso alle giornate che passano: per qualcuno è la Scuola alberghiera presente nel carcere di Spoleto, o quei piccoli spazi di vita presenti nell'istituzione, simili a forme di vita nelle zone più impervie, che permettono di prendere parola, di riflettere su ciò che è bene e ciò che è male per noi e per le persone a cui vogliamo bene.

A volte ci si fa male o si fa male ad altri senza volerlo.

#### *Essere coscienti di avere un problema*

La dipendenza di per sé non è qualcosa di patologico, fa parte della condizione umana: tutti siamo in certa misura dipendenti da qualcosa e da qualcuno.

La dipendenza è un pezzo della nostra storia: tutti siamo passati per una fase della vita in cui essa è stata una tappa necessaria per la crescita, addirittura c'è stata una fusione con le persone che ci accudivano.

Da adulti si può tornare ad avvertire il bisogno di quella dipendenza assoluta, di fusione (con un partner, con una sostanza, con un'attività come il gioco) che diventa un problema quando finisce per dominare la vita, crea coercizione, genera sofferenza

in noi e nelle persone a cui vogliamo bene, ostacola la autorealizzazione.

Rispetto alle motivazioni che spingono all'uso di sostanza è emerso come essa abbia la funzione di creare benessere, gratificazione.

Come la dipendenza possa essere conseguenza di esperienze negative o di aver vissuto in un clima familiare iperprotettivo che non ha permesso di sviluppare la capacità di tollerare la frustrazione.

La discussione su un film che è stato proiettato in dvd ha suscitato commenti su alcuni aspetti della dipendenza, riferiti anche ad esperienze personali.

Si tratta di: "Walk the line": la storia di Johnny Cash (mito americano della musica rock, country e blues, che ebbe una drammatica parentesi della sua vita a causa della dipendenza da sostanze: crisi nelle relazioni, carcere, overdose ecc.).

I punti su cui è stata posta maggiormente l'attenzione dal gruppo sono:

- la funzione della sostanza come strumento per gestire lo stress, annullare la realtà con le sue difficoltà, tensioni, conflitti;
- l'effetto devastante sulle relazioni, sulle potenzialità con il progressivo prevalere dell'istinto autodistruttivo sul senso della vita.

Ci si è soffermati sull'onnipotenza, che prende il posto dei sentimenti di delusione, rabbia, impotenza.

Che crea l'illusione di poter superare i propri limiti, allontanarsi dalle regole di convivenza e dalla assunzione di responsabilità. È emerso come andare contro le regole possa avere la funzione di affermare una identità, rinforzata da gruppi di riferimento (le "compagnie"), i quali esaltano determinati comportamenti che si rivelano poi autodistruttivi.

Qualcuno ha espresso sentimenti di rabbia, connessi a condizioni di vita ed ingiustizie sociali (all'onnipotenza di chi ci governa), alle condizioni attuali di detenzione ed è stato posto l'accento su come il senso di impotenza possa attivare una sorta di "esasperazione della presenza" (atteggiamenti aggressivi, distruttività auto ed eterodiretta, arroganza ecc.).

Si è tornati a porre l'attenzione su come si può essere sani se le condizioni esterne: sociali, affettive sono avverse.

Ma anche su come si può, nonostante le difficoltà passate e presenti, proteggere le parti vitali di sé facendo leva sugli affetti e esprimere le proprie potenzialità positive utilizzando gli stimoli (anche se pochi) che anche nelle realtà più avverse si possono trovare.

Si è riflettuto infine sulla possibilità di apprendere anche dalle esperienze di sofferenza, proprio perché si è vissuto cosa significa essere lontani dagli affetti, sentirsi soli. Esistono due modi di rappresentare se stessi in relazione a queste esperienze:

- uno è quello di dire: "la sofferenza ha avuto così ragione di me che nessuno può aspettarsi nulla da me";
- l'altro è "vedi, come sono forte, se sono riuscito a superare tanti ostacoli".

Ciò che tutti auspichiamo è che si potrà un giorno pensare a questo momento della vita e a questi nostri incontri come a qualcosa che sarà servito a crescere, a diventare più forti.

## Conclusioni e prospettive: rendere stabile il lavoro di gruppo

L'esperienza ha mostrato come sia possibile compiere un intervento di sensibilizzazione rispetto ai problemi di dipendenza,

permettendo ai detenuti di sperimentare le potenzialità e le risorse presenti in un setting di gruppo.

È importante implementare le esperienze di gruppo nelle istituzioni penali ai fini della prevenzione e della riabilitazione per favorire un cambiamento dello stile di vita, facendo leva sull'impegno personale, l'assunzione di responsabilità e la solidarietà che si stabilisce tra le persone.

Certamente il gruppo non dà soluzioni definitive né certezze rispetto alle problematiche complesse legate alla dipendenza in stato di detenzione, ma forse può dare a noi operatori ed ai nostri utenti qualche strumento in più per tollerare l'attesa che i processi maturativi richiedono.

Esperienze specifiche in ambito penitenziario indicano che l'applicazione del principio del contenimento, funzione portante del setting di gruppo, dà frequentemente, anche se non universalmente, buoni risultati nel trattamento dei detenuti tossicodipendenti e non.

Va anche rimarcato un altro aspetto.

Come si è detto sopra (nella parte relativa alla "gestazione dell'iniziativa"), nell'attuale congiuntura che vede un rapporto numerico assai sfavorevole operatori/utenti, la possibilità di raggiungere più persone simultaneamente rispetto al tradizionale colloquio individuale consente di diffondere maggiormente e in modo più organico e sistematico informazioni utili.

Va sottolineato ancora come spesso i partecipanti a questo tipo di iniziative tendano a trasformarsi spontaneamente in testimoni, nel loro ambito relazionale della sezione detentiva, dei contenuti e delle informazioni trasmessi nel gruppo stesso, e possano mettere in circolo informazioni più ricche e dettagliate di quelle spesso parziali e distorte possedute in partenza.

Anche questo è un riflesso importante del lavoro di gruppo, poiché la modalità di trasmissione di contenuti "da pari a pari" è spesso molto più efficace di quanto non sia la modalità alto/basso. La stabilizzazione delle iniziative come quella ora presentata dipende da molti fattori anche e soprattutto di contesto, e su questo indubbiamente c'è molto da lavorare; tuttavia siamo convinti che i molteplici aspetti positivi che abbiamo cercato di evidenziare in questo scritto rendano tale stabilizzazione una strada da perseguire.

## Bibliografia

- Klein M. (1986), *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino.
- Kohut H. (1990), *Potere, coraggio e narcisismo*, Astrolabio, Roma.
- "Walk the line" film di James Mangold (2005) tratto dall'autobiografia di Johnny Cash.
- Dpr 309/90 - Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Suppl. Ordinario del 15-3-2006 e modificazioni con la legge 49/2006 (Legge Fini-Giovanardi).
- Bonvicini A. (2011), *Fate la storia senza di me*, a cura di Capozzoli M., ADD Editore, Torino.
- Bignamini E., De Bernardis A. (a cura di) (2007), *Delle droghe e delle pene. I tossicodipendenti tra cura e castigo*, Publiedit, Roma.
- Olievenstein C. (2001), *Droga. Un grande psichiatra racconta trent'anni con i tossicodipendenti*, Raffaello Cortina, Milano.
- Giannello V., Mercurio A., Quattrocchi G. (a cura di) (2013), *Lavoro nel carcere che cambia*, FrancoAngeli, Milano.
- Perino A. (2010), *Il servizio sociale. Strumenti, attori e metodi*, FrancoAngeli, Milano.

# Suggerimenti per un buon uso del DSM-5 (se proprio non se ne può fare a meno...) nella clinica delle Dipendenze

Emanuele Bignamini, Edoardo Cozzolino, Carmela Costa, Michele Ferdico\*

## Parte prima

### Petizioni di principio, premesse e ragioni

1. **Il DSM non è uno strumento o una guida per il pensiero diagnostico.** Nel DSM-5 (introduzione, p. 5) viene detto testualmente “Tutti questi sforzi sono stati compiuti allo scopo di aumentare l’utilità clinica del DSM-5 come guida nella diagnosi dei disturbi mentali”, e ancora (p. 6) “l’uso del DSM per la formulazione di una diagnosi richiede formazione clinica ed esperienza”.

La funzione di *guida* del DSM non può essere intesa come una guida “formativa”: per le sue premesse “ateoretiche” e quindi non interpretative, il DSM non si propone di dare un senso ai molteplici sintomi e segni presentati da un particolare paziente, ma vuole semplicemente organizzare in una stessa categoria i quadri clinici che presentano le stesse ricorrenze fenomenologiche. Non è, dunque, un manuale teorico (questo contraddirebbe la sua impostazione) che insegna un “modo di pensare” e di interpretare la realtà e che può fare da guida *alla* operatività clinica; si propone, invece, di essere una guida *nella* attività clinica: serve, cioè, come strumento di “formalizzazione” della diagnosi, con fini comunicativi, di ricerca e medico-legali.

La correttezza di questa visione della funzione del DSM è confermata dalla seconda affermazione riportata all’inizio: la formazione clinica e l’esperienza sono prerequisiti all’utilizzo corretto del DSM. Cioè, il DSM non può essere e non è pensato per essere strumento di formazione e di fondamento dell’esperienza, mentre è necessario essere formati ed esperti non solo *nell’* uso del DSM, ma anche *per* poterlo usare in modo sensato. Questo è stato esplicitato e confermato da Massimo Biondi, curatore della traduzione italiana del DSM, in un seminario di presentazione del DSM tenutosi a Roma il 17 febbraio 2014; Biondi ha confermato lo slogan proposto da Bignamini, secondo cui “il DSM deve stare sul tavolo del clinico, ma sotto un manuale di psicopatologia”.

Quindi bisogna ricordarsi che:

a) Il DSM è uno strumento di codificazione (è un codice) di quadri clinici il cui scopo fondamentale è l’interazione con altri specialisti; riferendosi allo stesso codice si può presupporre che, almeno sul piano di ciò che è osservabile e a prescindere dal senso che questo può avere (sul piano etiologico, patogenetico, teleologico,

complessivo, ecc.), i clinici e i ricercatori si riferiscano a insiemi di sintomi e segni omologabili.

b) La diagnosi clinica (interpretativa) va posta con altri strumenti *prima* di applicare il DSM. Questo anche per le motivazioni che sono state ampiamente dibattute e che qui di seguito si riassumono.

i) Il DSM accoglie gli elementi che compongono una diagnosi solo *dopo* che sono stati riconosciuti ed accettati come evidenze; questo determina necessariamente una posizione di *ritardo* del DSM che, nel periodo della gestazione della nuova versione, diventa progressivamente sempre più superato dalle conoscenze. Come esempio, si ricorda che il “craving”, che nel DSM-5 viene introdotto, nel DSM-IV non compariva come elemento diagnostico per la dipendenza, quando molti clinici lo avevano già adottato come elemento cruciale. Peraltro, il craving è un criterio clinicamente evidente ma di bassa significatività statistica, specie se espresso con metodi psicometrici (che sono tutti legati a scale visuo-analogiche). Il craving è stato introdotto come potenziale target del trattamento biologico, ma molte criticità sono state espresse a riguardo (nessun farmaco è un ideale farmaco anti-craving). Sulla bassa affidabilità del craving come criterio diagnostico si ricorda che, nella specificazione della remissione del disturbo, il craving può essere presente. Pertanto va posta molta attenzione sull’individuazione del craving come concreto fattore di spinta alle ricadute.

ii) Il DSM, inoltre, in quanto prodotto *umano* è frutto delle conoscenze, delle sensibilità e degli accordi delle *persone* che formano i diversi board di redazione. Esprime, forse, il meglio di ciò che si può pensare in un dato momento su una certa diagnosi, ma rimane condizionato dalle dinamiche con cui si giunge alle conclusioni, compresi i compromessi e le mediazioni, anche linguistiche.

iii) Ancora, il DSM esprime prevalentemente la cultura americana (la proprietà intellettuale è dell’APA) con tutto ciò che questo comporta sia sul piano della psichiatria transculturale sia sul piano dei fenomeni che influenzano la cultura stessa, quali le pressioni di lobby o interessi di categoria. Come esempio concreto, si veda il tormentato percorso della elaborazione dei criteri diagnostici per i disturbi di personalità (a cominciare dalla inclusione o esclusione di alcuni di essi dal Manuale).

\* Direzione Comitato Scientifico nazionale di FeDerSerD.

1. Tutti questi elementi collocano **il DSM a valle delle teorie psicopatologiche**, che hanno invece come caratteristica propria di lavorare sui referenti concettuali che le informano e di dichiarare la loro cultura di appartenenza, di doversi confrontare con i dati sperimentali, di essere per definizione ipotetiche e sperimentali, di essere tentativi di comprensione e sistematizzazione della realtà che prescindono da mediazioni, da interessi particolari o da finalità sociali (ad esempio, la preoccupazione del DSM di consentire o meno l'accesso alle cure per specifiche patologie nel sistema assicurativo americano).

c) Per via delle caratteristiche e dei limiti dichiarati dagli stessi Autori delle varie edizioni, compresa l'attuale, l'uso del DSM-5 presuppone buone competenze e formazione clinica. Nei casi di dubbio accoppiamento tra il quadro clinico e il sistema diagnostico proposto dal DSM si dovrebbe cercare di adattare il più possibile il sistema diagnostico alla situazione clinica e non viceversa. Pertanto è sconsigliato un uso meccanicistico e indiscriminato del manuale: non si trovano tutte le risposte agli svariati quesiti diagnostici. L'esercizio diagnostico precede sempre l'adattamento a un sistema di classificazione.

## 2. Come strumento di *standardizzazione* il DSM è *insoddisfacente* in quanto:

a) come tutti i sistemi tassonomici, il DSM opera per logiche riduttive e semplificate che mal si prestano alla complessità della realtà clinica di tutti i giorni. L'obiettivo dichiarato del DSM è quello della comunicazione di una diagnosi di un disturbo mentale; l'assunto è che il disturbo mentale sia una disfunzione che dia "evidenti" manifestazioni, clinicamente significative; il metodo è quello di individuare dei criteri diagnostici che sono ritenuti statisticamente più significativi per soddisfare l'affidabilità del giudizio diagnostico. Quest'assunto metodologico non offre una piena affidabilità in tutti i casi. Non tutti i fenomeni disfunzionali di una patologia sono compresi nel sistema di classificazione del DSM, pur rappresentandone degli aspetti importanti. Questo pone il problema di fenomeni "orfani" (elementi clinici che potrebbero orientare a un giudizio clinico senza che questi siano menzionati dal sistema).

b) Le combinazioni del numero minimo di items sufficienti per formulare una diagnosi sono numerose, per cui si hanno molte sottospecie di espressioni della stessa patologia che meriterebbero di essere differenziate e che vengono incluse in una unica etichetta finale. L'omologazione, che è un vantaggio pratico quando si sta sul piano nomotetico (quando si trattano grandi numeri di pazienti) non ha un valore utile per il clinico, che deve invece stare sul piano idiografico utilizzando, per *quel* paziente, la diagnosi come elemento interattivo dell'intervento terapeutico *personalizzato*.

c) I criteri diagnostici proposti per la formulazione di un giudizio clinico hanno spesso una bassa attendibilità

diagnostica nelle forme più lievi del disturbo mentale che si sta esaminando. In altre parole, i criteri del DSM-5 sono più affidabili per le forme gravi che per quelle lievi del disturbo. La bassa affidabilità si osserva anche nei casi in cui si deve escludere la presenza di un disturbo. Questo problema espone alla possibilità di una **falsa positività** diagnostica, aspetto particolarmente delicato in sede medico-legale.

d) Per convenzione, nel DSM ogni singolo criterio diagnostico che concorre a definire un disturbo mentale è pesato in modo equivalente con gli altri. La forza dell'affidabilità diagnostica sta nel set dei criteri (es.: "tre su sette di questi criteri devono essere rispettati per soddisfare la diagnosi di..."), non nel valore predittivo diagnostico del singolo criterio. Questa caratteristica pone problemi operativi specie nei casi in cui pochi criteri sono sufficienti per formulare un giudizio diagnostico. Nel caso specifico dei disturbi da uso di sostanze, in cui sono sufficienti appena due criteri per porre diagnosi, particolare attenzione va posta nel giudizio clinico. La presenza di due criteri "light", di bassa penetranza patognomonica, dovrebbe essere sempre sostenuta da competenza e ocularità, e più di un'osservazione clinica potrebbe essere necessaria per confermare la presenza di qualche criterio diagnostico supplementare che avvalorati (o escluda) la diagnosi. Inoltre il basso numero dei criteri per formulare un giudizio diagnostico eleva il rischio della **falsa positività** diagnostica, già richiamata sopra. La diagnosi con solo 2 criteri soddisfatti, per quanto il DSM legittimi un riconoscimento diagnostico del disturbo, ha una bassa rappresentabilità clinica.

## 3. La diagnosi clinica, in realtà, deve essere concepita in ordine e a partire dalle **precomprensioni (cultura, convinzioni, formazione) di chi la formula** e non da razionalizzazioni pre-definite: se così fosse, si fonderebbe l'ignoranza dei clinici e si fermerebbe l'evoluzione della conoscenza. La questione è stata accennata al punto 1b.

a) Questo è un elemento insuperabile fino a che non si risolve la questione della dialettica tra natura e cultura: l'osservatore cerca *spiegazioni* oggettive e verificabili empiricamente di sue *interpretazioni* che eventualmente verranno falsificate;

b) e richiede la discussione del metodo scientifico e del parametro della EBM, che oggi è assolutizzato mentre potrebbe essere visto anche come un approccio semplicionista con notevoli limiti al trasferimento alla clinica dei dati acquisiti.

COMMENTO. Solo come accenno, si precisa che le precomprensioni rimangono precomprensioni anche quando sono quelle di un tecnico (medico, psicologo, ...). Rimangono, cioè, quell'insieme di conoscenze specifiche, di formazione generale, di elementi di sensibilità personale, di esperienza di vita, di intelligenza, ecc., che fondano la possibilità dell'osservatore di farsi una idea di ciò che osserva. Anche le precomprensioni degli specialisti, dunque, rimangono delle "preferenze" personali e non sono "oggettive": ogni individuo è figlio del suo tempo e della sua società e ne porta incisi i segni e la cultura (è perfino banale richiamare le convinzioni oggi giudicate "errate" di

famosi e onorati medici di altri tempi). Tuttavia, una differenza radicale tra il tecnico e il non-tecnico c'è: è il dovere, per il tecnico, di informarsi e di usare un **metodo critico** per **fondare** il suo punto di vista. L'uomo della strada può adottare qualsiasi punto di vista gli faccia piacere, assecondando magari sue posizioni ideologiche e suoi interessi anche con la selezione e la manipolazione dei dati che sceglie di considerare. Il tecnico, invece, si caratterizza (e qui è la sua responsabilità e, diremmo, anche **il suo piacere**) per un approccio verso la realtà ampio, che comprende e non esclude, alla ricerca di considerare tutti gli aspetti conoscibili; il tecnico è interessato soprattutto agli aspetti della realtà che contraddicono le sue proprie convinzioni, non tanto a quelli che le confermano: "gode" quando scopre di essersi sbagliato e deve cambiare la sua mentalità. È interessato agli elementi periferici, sfuggenti, inspiegabili, non catalogabili, perché sono quelli che gli indicano dimensioni della realtà ancora sconosciute, non "chiusure", che possono aprire a nuove visioni. È fondamentale, e questa è una divergenza dal DSM, che il tecnico sia consapevole delle proprie fondamenta concettuali e del suo metodo di conoscenza: in questo si qualifica come tecnico e non come "dilettante occulto".

Allora: perché bisogna considerare *necessario* che la diagnosi venga concepita a partire dalle precomprensioni del diagnosa? Innanzitutto perché è un dato di fatto, non può essere che così; poi perché la consapevolezza e la dichiarazione del modo in cui si organizza la realtà nella propria mente consente il ri-conoscimento, la reciprocità, la dialettica e quindi lo scambio fecondante.

4. Si propone di ritenere che **il rapporto con le sostanze (il loro "uso") e in genere il rapporto con gli oggetti materiali e mentali (situazioni, comportamenti, stimoli) con cui è possibile strutturare anche una dipendenza** (oggetti dipendentigeni, oggetti D) **comprenda un'area semantica e semiotica molto più estesa del rapporto patologico con esse;**

- a) quindi *l'uso di sostanze* non consente *di per sé* di individuare tautologicamente una condizione patologica anche quando le sostanze usate sono illecite (o "pesanti", se questo vuol dire qualcosa);
- b) di fatto la diagnosi di una patologia da dipendenza da sostanze richiede una sistematica diagnosi differenziale da usi (al plurale) non patologici (usi rituali, ricreativi, alimentari, culturali, medicali, sperimentali, ecc.).

5. Qualunque sia la formazione e la cultura del diagnosa, tutti possono concordare che **si ha una strutturazione della patologia quando il rapporto con l'oggetto D ha un effetto trasformativo permanente sul soggetto.**

- a) L'interazione soggetto-oggetto produce effetti di cambiamento sul funzionamento fisiologico (biologico) e mentale, quindi anche emotivo, ideativo ed affettivo, del soggetto.
- b) Questo cambiamento è generale (= coinvolge tutti i livelli della vita della persona) e duraturo (è funzionale e strutturale; è irreversibile e indimenticabile; sostiene la ripetizione del comportamento patologico) e comporta una diversa relazione con tutti gli oggetti, materiali e mentali: ad esempio, comporta un cambiamento delle priorità, per cui ripetere il rapporto con l'oggetto

D prende la priorità su alimentarsi, dormire, tutelare la propria dignità o avere relazioni affettive.

- c) In modo molto elementare, si può confermare la condizione di patologia quando il soggetto agisce *tutti* i suoi rapporti *in ordine* al suo uso dell'oggetto D.

COMMENTO. Questa considerazione dovrebbe essere molto basilica: si tratta di riconoscere che il soggetto in effetti agisce (pensa, prova sensazioni, fa i suoi calcoli, persegue fini, gestisce le sue cose) non con la libertà di pensare ai suoi interessi, anche quando particolari, ma con il vincolo di dover sempre considerare le conseguenze di ciò che fa sulla sua possibilità di ripetere il rapporto con l'oggetto. Qui ci sta il craving, la ricaduta, insomma l'impossibilità di "staccarsi" dall'oggetto D.

6. Si propone di ritenere che **i rapporti patologici con le sostanze e gli oggetti D siano, sul piano qualitativo, più di uno** e non siano solo graduazioni quantitative di gravità della stessa patologia, in quanto implicano etiologia, patogenesi, problemi, approcci terapeutici e prognosi diverse.

a) Possiamo distinguere:

- i) condizioni in cui l'uso contravviene regole di prudenza (sanitarie, comportamentali) o di opportunità sociale ma non costituisce *di per sé* un problema di funzionamento del soggetto. Vi è quindi un *problema* (e non una patologia) dato dal comportamento *irregolare* (in tutte le sue accezioni: illecito, inopportuno, sconsigliabile, trasgressivo, ecc.), ma non la *trasformazione* del soggetto ad opera dell'oggetto D;
- ii) da situazioni in cui l'assunzione di sostanza o la soddisfazione del comportamento è indispensabile per il mantenimento dell'equilibrio del soggetto (il soggetto ha necessità di reiterare il rapporto con l'oggetto D per sedare una condizione di tensione che lo altera, determinata dalla sospensione del rapporto con l'oggetto stesso);
- iii) da situazioni in cui si l'oggetto D determina uno squilibrio del soggetto che di conseguenza agisce in un modo che non gli è abituale e che è visibilmente alterato, inadeguato, eccessivo.

b) Questi tre gruppi di condizioni sono riferibili a termini come "uso problematico/abuso", "dipendenza" (tossicodipendenza), "maniacalità" (tossicomania) e risentimento delle caratteristiche del soggetto e, in modo significativo, delle caratteristiche di funzionamento dell'oggetto D (effetti biologici, farmacologici e non, modalità di introiezione/assunzione).

c) AVVERTENZA: questa distinzione diverge dalla scelta assunta dal Work-Group del DSM-5, che sulla base della convergenza dei criteri descrittivi per "abuso" e "dipendenza" del DSM-IV, ha deciso di considerare un unico "disturbo da uso". Considerando l'abuso una forma meno grave di dipendenza, il DSM ha preferito introdurre una valutazione di gravità che differenziasse condizioni meno gravi da quelle più gravi.

Quello che ha fatto il DSM, in realtà, non è stato aggregare abuso e dipendenza, ma omologare i "disturbi da uso" ad una "caratteristica comune: l'attivazione diretta del sistema cerebrale di ricompensa" (p. 563); ha, di fatto, considerato patologiche solo le condizioni in cui

avviene la trasformazione di cui sopra. Ha quindi *escluso* l'abuso/uso problematico che implica essenzialmente dimensioni interpersonali e sociali dalle diagnosi possibili, avendone rilevato una minore validità e attendibilità.

Questo aspetto è da tenere presente nell'uso clinico del DSM-5: *le diagnosi di "abuso" che si definivano con il DSM-IV non corrispondono a diagnosi di "disturbo da uso" di grado lieve.*

Ciò che qui si propone è di prendere atto che il DSM-5 è in grado di coprire solo una parte degli usi di sostanze, quelli "patologici", mentre nella diagnosi differenziale in campo clinico sarà necessario riconoscere anche gli usi "problematici", sia per allargare l'attenzione alla vasta fenomenologia della relazione soggetto-oggetto D, sia per non includere in modo frettoloso nelle condizioni "patologiche" ciò che non lo è.

Sulla base dei punti sopra esposti che richiamiamo in modo essenziale:

- A) l'uso del DSM viene dopo il processo diagnostico, non lo sostituisce e non ne è il riferimento portante;
- B) chi fa la diagnosi deve avere un suo sistema interpretativo organizzato, acquisito durante la formazione (quindi non autoreferenziale), critico verso impostazioni semplificazioniste e negazioniste (= che negano la complessità bio-psico-sociale);
- C) la diagnosi nella patologia da dipendenza non può essere tautologica (uso di droga = patologia, non uso di droga = non patologia), deve essere essenzialmente differenziale: distingue le condizioni di rapporto non patologico, le situazioni di uso problematico/abuso, le condizioni patologiche (tossicodipendenza, tossicomania), si può ancora affermare quanto segue.

#### 7. Il DSM-5 si propone come un punto di riferimento culturale.

La sua diffusione nella nostra visione occidentale, il marketing di cui è oggetto e la possibilità di essere usato come strumento "metrico" sul piano assicurativo (e, in senso ampio, sul piano medico-legale e quindi giuridico) ne diffondono una immagine *autorevole*, che lo accredita come se fosse un riferimento *esatto* e imprescindibile.

- a) In realtà, esistono altri strumenti, come l'ICD (International Classification of Disease) di matrice europea, che potrebbero essere usati altrettanto autorevolmente, ma che hanno un marketing meno efficace alle spalle.
- b) E non si vede perché non possa essere considerato altrettanto valido, sul piano medico-legale o giuridico, un modo di procedere nella diagnosi coerente con altre Scuole riconosciute (si veda il PDM, Psychodynamic Diagnostic Manual, 2006).

8. Questa conquista del "mercato" costringe comunque tutti a fare i conti con il DSM-5. Il suo **uso apparentemente semplice (in quanto meccanico)** rende facilissima la sua diffusione ("si vende da solo"). Ma la sua meccanicità lo rende paradossalmente poco preciso e molto manipolabile e quindi molto appetibile, ad esempio, dai legali di parte, anche senza alcuna formazione clinica, che pensi-

no di sostituirsi al medico (o di trovare un medico disposto a rimescolare le carte) in base alla applicazione del DSM secondo una logica "idiota" (da idios = privata, personale).

9. La logica introdotta nella versione 5 del DSM, che assorbe in una unica condizione patologica di "disturbo correlato all'uso di sostanze" qualsiasi tipo di problema di rapporto con gli oggetti D, ha il fine dichiarato di **far accedere il maggior numero possibile di persone ad un trattamento**. Questo risponde alla logica statunitense di tipo assicurativo. In Italia, il possibile "accesso al trattamento" si traduce invece prevalentemente in problematiche di tipo medico-legale nel caso di richieste di misure alternative alla pena: in questo caso, condizioni che in passato non sarebbero state ammesse, potrebbero avere accesso in quanto da dichiarare appartenenti ad una "patologia" vera e propria, pur se di grado lieve (si veda sopra il riferimento alle "false positività").

- a) Se il DSM-5 diventa la "Bibbia" medico-legale (e non si vede come sia possibile che non lo diventi, anche solo in modo strumentale), il Medico si troverà in grave imbarazzo nel non poter fare distinzioni significative, se non nella graduazione di gravità, tra pazienti con condizioni cliniche assai diverse.
- b) Se la diagnosi sarà la stessa per tutti, con l'unica differenza della gravità, allora il diritto alla cura acquisibile da tutti diventa facilmente, soprattutto in Italia, il diritto alla *stessa* cura (come negare il *massimo* della cura anche a chi ha il *minimo* della patologia?).

10. Il problema è talmente rilevante sul piano concettuale e clinico che, da parte di alcuni Servizi, sono già state ipotizzate **diverse possibilità di gestione del problema** nel tentativo di recuperare una differenziazione tra situazioni diverse, quali:

- a) Utilizzo del DSM-IVR invece che del DSM-5 o, in subordine.
- b) Utilizzo del DSM-IVR in sinossi con il DSM-5 (riportando entrambe le diagnosi).
- c) Utilizzo dell'ICD10 al posto del DSM-5, mantenendo ancora la distinzione tra abuso e dipendenza.

Di questi tre stratagemmi, i primi due non risolvono la questione, riferendosi sempre al DSM (con tutti i suoi problemi e con la difficoltà di giustificare l'utilizzo della versione obsoleta) e solo il terzo appare effettivamente sostenibile sul piano professionale, anche se porta chi lo utilizza a trincerarsi in una posizione di minoranza culturale.

11. **La strada maestra per una soluzione** non può che essere quella di un consenso e di una convenzione tra i clinici delle dipendenze sul significato e sull'uso della "diagnosi DSM-5" e sulle sue implicazioni pratiche.

- a) Però non pare realistico che in Italia possa accadere questo, date le caratteristiche della formazione sociale e mentale degli Italiani, anche acculturati, fortemente orientati alla affermazione di sé e del proprio punto di vista. È molto più probabile che si proponano una

quantità di posizioni diverse, che arriverebbero presto a confliggere e a creare "orientamenti" in alternativa tra di loro, lasciando il medico da solo a decidere la scelta da fare.

12. Prendendo atto di questo, rimane quindi **la sola alternativa della presa di posizione delle Società scientifiche riconosciute**, che si suppone possano avere sia un livello di omogeneità interna sufficiente sia un orientamento culturale rispondente ad interessi non solo privati (certo, questo non è sempre e per tutti vero; ma è anche il livello minimo di funzionamento sociale da cui non possiamo prescindere, pena il "si salvi chi può"). Il clinico che si riferirà ad una presa di posizione ufficiale di una Società riconosciuta avrà, se non altro, la possibilità di utilizzare l'autorevolezza e la forza d'insieme della Società, di sfruttare il lavoro di ricerca e di elaborazione, di trovarsi a disposizione una traccia di comportamento su cui è già stata fatta una riflessione approfondita e fondata, non trovandosi isolato nel sostenere il proprio operato.

Insomma, il DSM-5 non ha fatto un buon servizio ai Medici delle dipendenze italiani. Ha però suscitato la necessità e l'opportunità di confrontarsi su un tema fondamentale mettendo in circolazione pensieri e idee.

Qui di seguito la proposta di FEDERSERD per l'utilizzo *sensato* del DSM-5, alla luce di quanto sopra esplicitato.

## Seconda parte Ri-formulare la diagnosi con il DSM-5

Dopo aver formulato la diagnosi con i propri riferimenti, ci si può trovare nella condizione di doverla comunicare ad altri:

1. al paziente (o suoi associati);
2. a un collega (medico o non medico, di un Servizio per le dipendenze o no);
3. a un legale (avvocato, magistrato).

In particolare ci interessano i casi 2 e 3, avendo il primo caso (la comunicazione della diagnosi al paziente e al suo entourage) necessità di una trattazione metodologica molto più complessa e articolata che esula dagli scopi di questo lavoro.

Nel caso in cui, nella comunicazione con un collega o un legale sia *proprio necessario* esprimere la diagnosi in modo codificato (e non, ad esempio, con una descrizione sintetica o schematica degli aspetti essenziali della condizione del paziente. Fare questo è poco accettato nella cultura pseudo-oggettiva giuridica ed è tecnicamente più difficile perché costringe ad esporsi in tutta la propria capacità ed esperienza clinica e comunicativa), si possono seguire queste indicazioni.

A. Per prima cosa è necessario farsi un'idea chiara del quadro clinico del paziente. In particolare, ai fini della comunicazione medico-legale, bisogna farsi un'idea chiara se la situazione del paziente indica una patologia da dipendenza o se l'utilizzo di sostanze (meno frequentemente sono in gioco, in ambito medico-legale,

dipendenze comportamentali) risponde ad altre dinamiche. È quindi fondamentale che il clinico dia un *significato* al rapporto del paziente con l'oggetto D: è un rapporto patologico (nel senso della trasformazione condizionante di cui sopra) o ludico/rituale/culturale? È obbligatorio o strumentale a specifiche situazioni (disinibirsi, aumentare la reattività o l'aggressività)? È diventato prevalente e subordina le altre dimensioni esistenziali o è un comportamento del paziente che esprime problematicità ad altri livelli? Ecc.

a) È fondamentale ricordarsi che la diagnosi, nella clinica delle dipendenze, non può ridursi alla descrizione del pattern di relazione con l'oggetto D, ma deve giungere a formulare un'interpretazione di tale relazione.

i) Per interpretazione non ci si riferisce esclusivamente all'ipotesi etiologica, cioè alla sequenza e alla convergenza di fattori che hanno portato all'incontro con le sostanze e alla sua fissazione comportamentale, ma anche al significato *attuale* e teleologico del comportamento (il *sensato* del comportamento).

b) Va ricordato che l'uso di sostanze non coincide necessariamente con una diagnosi specifica: può, infatti, essere un segno o un sintomo di un'altra condizione patologica che *riunisce* in un quadro complessivo anche altri fatti riguardanti il paziente.

COMMENTO. Va contrastato il rischio che le diagnosi siano limitate a "rendicontazioni", più o meno documentate, del fatto che il soggetto usa regolarmente sostanze. Questo rischio comporta un appiattimento dei professionisti e del Servizio specialistico su una visione simile a quella dei pazienti ("mi faccio/non mi faccio"). L'interpretazione del significato di "quel" rapporto tra paziente e sostanza è una pratica che deve essere salvaguardata come elemento essenziale della fondazione dei Servizi per le Dipendenze, con tutti gli investimenti formativi e culturali necessari.

B) Questa idea chiara va trasmessa in modo efficace. Quindi il DSM-5 deve essere usato in modo che la sua codificazione renda chiaramente ciò che si vuole trasmettere. Si presentano tutti i problemi che un traduttore da una lingua a un'altra deve affrontare:

a) rendere il senso o tradurre alla lettera? Con quale livello di libertà espressiva?

b) Come risuona o che cosa evoca una certa espressione nell'altra lingua (ad esempio "it rains cats and dogs" non può essere reso con "piovono cani e gatti" ma con "piove a catinelle")?

C) In pratica vanno distinte, sul piano clinico e medico-legale, le condizioni di uso (problematico) di vario genere dalle condizioni di patologia da dipendenza vera e propria. Nel primo caso si ha una condizione *problematica ma non patologica* e tale da richiedere inevitabilmente un trattamento sanitario *per la dipendenza* (magari, per altre condizioni patologiche concomitanti invece sì). Nell'uso problematico la condizione di volontà e di scelta del soggetto (certamente informata dai valori, dalla cultura, dalla psico[pato]logia) prevale sulla obbligatorietà del comportamento dovuta alla trasformazione operata dall'oggetto D.

- D) Le condizioni di relazione con l'oggetto D per le quali non si pone diagnosi di dipendenza o di mania (quindi uso non patologico, uso problematico, abuso, ecc.), devono essere espresse in modo diverso dalle dipendenze e dalle condizioni di binge e maniacalità. Quindi non possono essere incluse nei "disturbi da uso", perché se così fosse chi leggesse la diagnosi codificata potrebbe facilmente essere indotto a pensare di trovarsi di fronte ad un caso di dipendenza, per quanto di grado lieve, che non è quello che si vuole comunicare.
- a) Vanno dunque espresse come condizione di **"uso di... senza dipendenza"**, eventualmente specificando le caratteristiche dell'uso di sostanza (abuso, ludico, occasionale, strumentale, rituale, ecc.) ed altre patologie rilevanti concomitanti, psichiatriche o meno.
- i) Questo va sostenuto anche se l'utilizzo "meccanico" del DSM-5 potesse consentire, secondo un semplice esame della check-list, di soddisfare i "criteri" (il numero di items) per l'inclusione nella "categoria" dei "disturbi da uso". Prende corpo quanto sopra detto sulla necessità di fare *prima* una diagnosi clinica e solo *dopo* tradurla nel lessico del DSM.
- ii) Si può attestare, dunque, che il soggetto assume sostanze (o ha comportamenti di addiction), descrivendo il pattern di uso, ma certificando allo stesso tempo che non si tratta di un "disturbo da uso" strutturato.
- iii) Si evidenzia che il DSM-5 stesso consente, per alcune sostanze, questa possibilità: nelle precisazioni sulla diagnosi differenziale propone diciture come, ad esempio, "uso non patologico dell'alcol" (p. 581), "uso non problematico della cannabis" (p. 603), "uso di inalanti (intenzionale) senza soddisfare i criteri per il disturbo da uso di inalanti" (p. 627). Tuttavia questo non è previsto per tutte le sostanze: ad esempio, la diagnosi differenziale per gli oppiacei e per gli stimolanti (cocaina) non riporta questa possibilità.
- iv) Attenzione, inoltre, all'utilizzo della categoria "disturbo correlato a... senza specificazione", che viene riproposto al termine dello specifico capitoletto su ogni sostanza. Si tratta di "manifestazioni in cui i sintomi caratteristici... predominano, ma non soddisfano pienamente i criteri per nessun disturbo...". Considerando che sono sufficienti due items per poter porre diagnosi, rimane difficile pensare che le manifestazioni siano così modeste o vaghe da non soddisfare i criteri, ma da essere ugualmente un "disturbo". Forse si tratta di una nuova forma di *disturbo sottosoglia*. In ogni caso, si consiglia di non utilizzare questa categoria data la sua elevata ambiguità (o di usarla solo se si vuole inserire un forte senso di ambiguità nella comunicazione della diagnosi).
- E) Una ulteriore possibilità è quella di specificare il riscontro di un **"uso patologico di... senza compulsione"**. Questa diagnosi, intermedia tra l'uso senza dipendenza e la dipendenza, si riferisce a quadri di uso "pesante" della sostanza dovuti a fattori culturali e sociali tali da produrre conseguenze patologiche sul piano organico, ma senza condotte compulsive. Ci si riferisce, ad esempio, all'uso intensivo di alcol in determinati contesti socioculturali che può condurre a danni epatici o neurologici anche se (o proprio perché) l'assunzione di alcol avviene nei pattern propri del gruppo sociale di riferimento. L'uso patologico implica:
- a) che l'interazione tra il soggetto e la sostanza abbia prodotto danni alla salute, fisici e mentali;
- b) che non ci siano criteri che denotano una condotta compulsiva, ma l'uso avvenga essenzialmente in modo ritualizzato e/o sociale;
- c) che il sistema della gratificazione sia coinvolto, ma non al punto da operare la trasformazione tossicomane, cioè i processi di neuroadattamento che sostengono le condotte compulsive (i criteri diagnostici del DSM-5 alludono sempre alla compulsione);
- d) ovviamente, è sempre possibile lo sviluppo di una compulsione e di una vera dipendenza (continuum).
- F) Invece, in modo molto più semplice, è possibile includere nei "disturbi da uso" i quadri effettivamente patologici, con la loro variazione di gravità. In questo caso si potrà esprimere la diagnosi **"disturbo da uso di..."**, seguendo poi le indicazioni del DSM-5 per specificare la fase del decorso e la gravità del disturbo.
- G) Ulteriori avvertenze.
- a) I **criteri diagnostici del disturbo del gambling** sono stati introdotti con il DSM-5. Sebbene questo disturbo sia compreso nel capitolo dei disturbi da uso di sostanze (ne condivide la maggior parte dei criteri) non è conosciuto il razionale per cui i criteri diagnostici per soddisfare la presenza del disturbo del gambling debbano essere quattro anziché due, e il motivo per cui è stato escluso il craving. Inoltre i criteri di questo disturbo non sono rodati dall'uso comune nella ricerca e nella pratica clinica. Pertanto andrebbe posta attenzione nel codificare la diagnosi di questo disturbo secondo il DSM-5.
- b) Il DSM-5 classifica il **poliabuso** come la sommatoria dei criteri minimi diagnostici di ogni singola sostanza ed elimina la categoria del disturbo da più sostanze. I curatori del DSM-5 hanno intravisto un razionale operativo (sotto-utilizzo della categoria; molti cluster diversi di poliabuso suggeriti dalla letteratura; poche definizioni diagnostiche standardizzate) nella scelta dell'eliminazione del disturbo da uso di più sostanze. Il poliabuso, però, è un fenomeno epidemiologico ben rappresentato nella cultura europea con una media del 20% di soggetti in trattamento che sono consumatori attivi di tre o più sostanze d'abuso. L'eliminazione del disturbo da uso di più sostanze ha poi determinato la scomparsa di quei quadri clinici che si caratterizzano per la presenza di tratti temperamentali con forti inclinazioni alla disinibizione e all'impulsività e abuso di più sostanze. Il poliabuso è un target di crescente interesse clinico, meritevole, di una valutazione diagnostica e nosografica accurata, che il DSM-5 neppure ha previsto.

c) **I disturbi mentali provocati dall'uso di sostanze** sono classificati tra i disturbi indotti per i quali, nel DSM-5, sono stati proposti dei lievi miglioramenti, meno rigidi e meno specifici, nella codificazione dei due disturbi. Tuttavia il metodo sommatorio di descrivere i disturbi mentali indotti da sostanze (A+B: presenza di un disturbo psichiatrico + uno da uso di sostanze), lascia irrisolto il problema delle decisioni sui pazienti che mostrano quest'alta complessità clinica e assume, sul piano teorico, che le manifestazioni dei disturbi siano indipendenti e non interagenti. Si raccomanda pertanto l'utilizzo di linee guida più accurate che definiscano più attentamente l'entità dei due disturbi, la gravità, l'ambito delle priorità dell'intervento con le successive azioni, limitando l'utilizzo del DSM-5 esclusivamente al ruolo di descrizione diagnostica.

utilità nel fare convergere le diagnosi descrittive di professionisti di diversa formazione, senza sostituirlo al pensiero e alla conoscenza clinica.

In particolare, si è voluto dare motivazioni per sostenere la possibilità di formulare diagnosi articolate e differenti, rispondenti alla realtà clinica valutata dal professionista, senza irrigidimenti manualistici. L'universo dei rapporti tra soggetti e "droghe" è molto più ampio e variegato di quello dei "disturbi": in questo il DSM va superato.

Ancora, si è voluto sostenere la pratica di tutti i Colleghi che si troveranno sottoposti a pressioni perché forzino il sistema diagnostico a favore di specifici interessi. Ognuno gestirà le proprie specifiche situazioni in scienza e coscienza e secondo le reali possibilità: ma è importante che si abbiano chiari gli elementi di discernimento e le alternative praticabili.

Come funzione secondaria, quanto sopra potrebbe stimolare riflessione e confronto sia all'interno di FeDerSerD, cui è primariamente rivolto questo lavoro, sia in generale. La discussione su punti e principi non può che portare a mettere a fuoco sempre più precisamente il pensiero e il linguaggio sulle/delle Dipendenze, e conseguentemente a migliorare concretamente la pratica clinica.

## Conclusioni

Le considerazioni sopra proposte hanno una funzione primaria: offrire argomentazioni ed indicazioni per un uso critico del DSM-5, avvalendosene per la sua affidabilità e



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

### Direttivo Nazionale

Pietro Fausto D'Egidio (presidente)  
 Felice Nava (vicepresidente)  
 Guido Faillace (segretario esecutivo)  
 Alessandro Coacci e Alfio Lucchini (past president)  
 Giancarlo Ardissonne, Roberta Balestra,  
 Emanuele Bignamini, Giovanni Cordova,  
 Edoardo Cozzolino, Francesco De Matteis,  
 Tommaso Di Marco, Donato Donnoli, Giuseppe Faro, Maurizio Fea, Roberta Ferrucci, Mara Gilioni, Maria Luisa Grech, Claudio Leonardi, Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Vincenzo Simeone, Cristina Stanic, Concettina Varango, Franco Zuin, Antonio d'Amore, Clara Baldassarre, Margherita Taddeo, Giovanni Villani

### Comitato Scientifico Nazionale

Emanuele Bignamini (direttore)  
 Edoardo Cozzolino e Carmela Costa (vicedirettori)  
 Vincenzo Caretti e Maurizio Fea (esperti)  
 Presidenti dei Comitati Scientifici delle Federazioni Regionali

## 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 2015 - 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 2015

Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2015

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

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di  € 50,00 (laureati)  € 30,00 (non laureati)  
 (allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale \_\_\_\_\_

Visto per approvazione: Il Presidente \_\_\_\_\_