

63-64

Anno XVII - marzo 2024

## Sommario

## EDITORIALE

Quale modello di sanità vogliamo lasciare in eredità alle future generazioni?  
Roberta Balestra 1

## SAGGI, STUDI E RICERCHE

HCV elimination plan 2.0: un progetto per migliorare il percorso delle persone con HCV consumatrici di sostanze in Lombardia  
Gruppo lavoro UO Dipendenze Regione Lombardia 8

Interventi di consulenza individuale e di gruppo per figli adulti di pazienti alcolisti. Un'esperienza clinica nell'ASST ovest Milanese  
Katia Roncoletta, Giovanna Bielli, Nevie Covini, Lorenza Paponetti 13

## CONTRIBUTI SCIENTIFICI

The HBV/HDV screening and linkage to care in drug users: A therapeutic diagnostic pathway (PDTA)  
Felice Alfonso Nava, Loretta A. Kondili 18

Sportello GAP in Ospedale. Accessibilità senza etichette  
Concettina Varango, Valentina Generani, Serena Marchesi, Giuliana Ravizza 43

Connessi e vicini: un gruppo di Auto Mutuo Aiuto per i familiari dei giocatori d'azzardo. L'esperienza sul territorio lodigiano  
Serena Marchesi, Concettina Varango 48

## LE RUBRICHE

Contaminazioni Passivo aggressivo  
Maurizio Fea 4

La Finestra dei consumatori  
Ragazze e ragazzi del Laboratorio di Teatro Hope Spot (ASUGI Trieste) 6

Poetry Corner/Rubrica di poesia Autoritratto di un altro  
Enzo Lamartora 7

## FEDERSERD/DOCUMENTI

Position paper di FeDerSerD sulla questione del gioco d'azzardo  
Maurizio Fea, Margherita Taddeo, Cristina Meneguzzi, Francesca Picone, Alfio Lucchini (Gruppo tecnico DGA di FeDerSerD) 52

Commento al Piano Nazionale di prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e di altri oppioidi sintetici  
Direttivo Nazionale FeDerSerD 55

## FEDERSERD/FORMAZIONE

Congresso Milano, 17 maggio 2024 12

Congresso Bari, 27 giugno 2024 22

Master Under 40 e nuovi assunti 47

XIII Congresso nazionale Roma, 9-11 ottobre 2024 58

FAD asincrona "La salute in carcere" 60

## RECENSIONI

46, 47, 57

## Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL OF ADDICTION

## Quale modello di sanità vogliamo lasciare in eredità alle future generazioni?

Il 23 dicembre 2023 il nostro Servizio Sanitario Nazionale ha compiuto 45 anni; era infatti il 23 dicembre 1978 quando la legge 833 istituiva il SSN in attuazione dell'art. 32 della Costituzione, secondo i principi fondanti di universalità, uguaglianza, equità. La Fondazione GIMBE ha presentato il 10 ottobre 2023 presso la Sala Capitolare del Senato della Repubblica il 6° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN), rilevando che tali principi sono stati traditi.

Ci ritroviamo oggi con 21 servizi sanitari regionali profondamente diversi, che in molte situazioni non riescono nemmeno a garantire i livelli essenziali di assistenza, con una vera e propria "frattura" tra Nord e Sud, con spinte orientate verso modelli organizzativi regolati dalle leggi del libero mercato. Anche da cittadini sperimentiamo quotidianamente la crescente difficoltà di poter fare affidamento su risposte tempestive ed adeguate da parte del servizio pubblico, con conseguenti fughe verso le strutture private. La progressiva sottrazione di risorse ha portato all'indebolimento del SSN nelle sue componenti strutturale, tecnologica, organizzativa e, soprattutto, professionale. È ormai compromessa l'uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto costituzionale alla tutela della propria salute.

I servizi sanitari pubblici sono in affanno, sia per la carenza di personale, sia per la demotivazione dei professionisti, che non si sentono valorizzati nel loro ruolo fondamentale e vivono condizioni organizzative di lavoro estremamente faticose e frustranti. Il potenziamento della rete sanitaria territoriale è in grande ritardo e gli obiettivi previsti dal PNNR sono stati in parte rimodulati, con la diminuzione ad esempio del numero delle nuove strutture di comunità.

La situazione dei Ser.D. rispecchia tale quadro generale, con aspetti di estrema criticità, stante il cronico sotto-finanziamento del settore delle dipendenze, che non ha mai raggiunto l'investimento, motivatamente proposto negli anni dai professionisti, del 1,5% del Fondo Sanitario Nazionale.

La disomogeneità dell'offerta di prevenzione e di cura tra le diverse realtà regionali è ormai eclatante, con conseguenti gravi disuguaglianze di opportunità per le persone che si rivolgono ai nostri Servizi. Le persone maggiormente penalizzate sono quelle con situazioni di maggiore vulnerabilità sociale e sanitaria, che richiederebbero programmi territoriali di presa in carico ad alta intensità assistenziale, articolati nel corso della giornata anche in setting diversi da quello ambulatoriale.

- **Gruppo di prevenzione delle ricadute nel paziente con disturbo da uso di alcool in trattamento**  
Daniele Pavese, Claudia Foppiani, Cinzia Priora, Assunta Lanza
- **Gruppi di Counseling in Alcologia. Il racconto di un'esperienza: il gruppo donne. Una possibile traccia di lavoro**  
Anna Luisa Pasinelli, Federica Carrari, Cristina Bettinsoli
- **Il paziente DUA nella Comunità Dianova di Cozzo (Pavia). Metodologia e strategie di intervento**  
Antonino Denaro, Eugenia Luraschi
- **Disulfiram: vecchio farmaco, nuove potenzialità?**  
Ruggero Merlini, Jonathan Toscano, Giuseppe Fiorentino

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno X, n. 39

FrancoAngeli

Mission 63-64, Italian Quarterly Journal of Addiction, Doi: 10.3280/mis63-64-2023oa17581 1

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

# Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XVII, 2023 - N. 63-64

Fe Der Ser D

## Editor in Chief

Alfio Lucchini, Milano

## Scientific Board

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

## Editorial Board

Sandra Basti (Pavia); Marialuisa Buzzi (Bergamo); Maurizio Fea (Pavia); Raffaele Lovaste (Trento); Fabio Lucchini (Bergamo); Ezio Manzato (Verona); Vincenzo Marino (Varese); Liliana Praticò (Bergamo); Cristina Stanic (Trieste); Margherita Taddeo (Taranto); Concettina Varanog (Lodi)

## Editorial Office

CeRCo, Milano  
tel. 3356612717  
missionredazione@gmail.com

## Proprietà: FeDerSerD

## Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

L'utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/it/legalcode>

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

Chiuso in redazione il 31/03/2024

ISSN 3034-8986

Seguici su:



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



@FeDerSerD



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



I LEA (D.P.C.M. 12/01/2017 - G.U. n. 65 del 18/03/2017, artt. 28 e 35 - Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche) prevedono attività, individuali e di gruppo, di prevenzione, di formazione, di reinserimento sociale e lavorativo, di riduzione del danno; attività interdisciplinari ed interservizi per rispondere ai bisogni sociali e sanitari correlati alla dipendenza.

Nella realtà sappiamo che ci sono servizi ancora ospitati in sedi indecorose, con équipe carenti di figure professionali essenziali, come quelle dei medici e degli infermieri, che riescono con difficoltà a garantire le prestazioni di base.

FeDerSerD è fortemente impegnata a seguire l'evoluzione del confronto istituzionale e tecnico, sia a livello nazionale che regionale, per rappresentare con chiarezza e forza le esigenze e le proposte di cambiamento necessarie per assicurare i LEA e per sperimentare nuove risposte efficaci. Sono in corso importanti collaborazioni anche con il Dipartimento Politiche Antidroga.

Nonostante le drammatiche criticità di contesto, la rete dei Ser.D. continua a fare il possibile per rispondere alle richieste e per assicurare la continuità di servizio, mettendo in atto soluzioni flessibili e sinergie con altri soggetti del territorio, in primis col terzo settore; il nostro impegno ed il nostro senso di responsabilità lo abbiamo dimostrato durante il periodo pandemico e continuiamo a dimostrarlo con le numerose attività e progettualità che stiamo proponendo in molte realtà regionali, per andare incontro ai nuovi bisogni delle persone, implementando revisioni organizzative e funzionali, quasi sempre basate sulla riconversione interna di risorse.

A questo proposito, una recentissima Survey che FeDerSerD ha svolto per mappare i Ser.D. che stanno offrendo risposte di cura dedicate agli utenti giovanissimi con età under 25 ha dato un risultato estremamente positivo: sono 60 i Servizi che hanno partecipato alla rilevazione online, descrivendo un'offerta che varia da servizi dedicati con sedi apposite, ad équipe o fasce orarie dedicate individuate nelle sedi "tradizionali".

La presenza di un crescente bisogno di cura sommerso costituisce una criticità di salute pubblica, che preoccupa e responsabilizza i professionisti.

FeDerSerD ha delineato il profilo delle persone che non si rivolgono ai servizi o che lo fanno con molto ritardo, pregiudicando la loro possibilità di guarigione e rischiando un peggioramento clinico e generale: sono in prevalenza giovanissimi, che hanno bisogno di risposte specifiche e nuove, sono persone che sottovalutano il loro disturbo o che hanno paura di esporsi, per le quali sarebbero essenziali interventi di prossimità per un aggancio più tempestivo, sono persone impegnate in attività familiari e lavorative, che hanno bisogno di servizi più accessibili sul piano delle sedi e degli orari di apertura, sono persone con problematiche particolarmente complesse, che richiedono risposte diversificate per intensità assistenziale, per non alimentare il fenomeno della "porta girevole" nei servizi di emergenza e di pronto soccorso, sono donne, ancora isolate per una visione giudicante e colpevolizzante.

Il confronto esperienziale, culturale e scientifico svolto all'interno della Federazione ha sviluppato tra i professionisti la consapevolezza del ruolo istituzionale centrale che i Ser.D. possono giocare all'interno della sanità territoriale, ha chiarito le peculiarità della nostra disciplina e l'importanza strategica della collaborazione interdisciplinare, ha favorito l'accesso ad occasioni di formazione e di aggiornamento differenziate in base alle necessità, ha consentito scambi di pratiche e sperimentazioni innovative, interconnettendo servizi anche molto distanti, che non avrebbero altrimenti saputo dell'esistenza l'uno dell'altro.

Per le singole tipologie di dipendenza sono attivi nella Federazione scambi interessanti, multi-professionali, che consentono progressivamente anche di mettere a fuoco diversi strumenti di lavoro, soluzioni operative originali potenzialmente esportabili, protocolli operativi locali, PDTA, accordi con servizi sociali e del terzo settore efficaci per integrare e migliorare l'offerta dei Ser.D. Nel corso del 2024 verrà sviluppato tale confronto interno, nella consapevolezza che sono ancora molti i professionisti esperti da raggiungere e coinvolgere attivamente, per rafforzare i legami personali ed il senso di appartenenza, per valorizzare il patrimonio professionale esistente, che merita di emergere a livello nazionale e di essere condiviso.

Si intende investire maggiormente sulla partecipazione allo sviluppo organizzativo, scientifico e professionale dei molti operatori presenti nei Ser.D. regionali, promuovendo gruppi tecnici tematici; alcuni sono già stati avviati in tema di problematiche alcoliche e di DGA.

All'interno di tali iniziative avranno maggiore opportunità di emergere le donne professioniste, che rappresentano una larga componente delle équipe multiprofessionali dei Servizi per le dipendenze; peraltro un approccio in linea con la medicina di genere è già presente in alcuni servizi italiani.

La collaborazione strategica ed operativa con le altre società scientifiche e con le realtà del Terzo Settore continuerà nel corso dell'anno, per dare maggiore forza e spessore alle proposte disciplinari di settore, che verranno avanzate ai livelli istituzionali ed operativi.

L'offerta formativa e di aggiornamento ha tenuto conto delle richieste e dei suggerimenti pervenuti sulla base della esperienza dello scorso anno.

Il piano formativo 2024 comprende, tra le altre iniziative, il XIII congresso nazionale a Roma dal 9 all'11 ottobre, tre convegni residenziali macroregionali, la terza edizione del master dedicato agli operatori under 40 e neo assunti, un corso di alta formazione, una decina di webinar sui temi più rilevanti per l'attività nei servizi, tre formazioni a distanza asincrone su importanti percorsi clinici, numerose attività formative all'interno di progetti nazionali su strumenti terapeutici innovativi.

Roberta Balestra

Presidente nazionale di FeDerSerD



**MOLTENI**<sup>®</sup>  
FARMACEUTICI



**C'È UNA VITA  
DA RISCOPRIRE.**

**LASCIATI  
SORPRENDERE  
ANCORA.**

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial -  
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

# Contaminazioni

Maurizio Fea

## Passivo aggressivo

Le categorie diagnostiche sono applicabili solo individualmente o anche collettivamente?

Quello che funziona all'interno di comunità umane di poche decine o centinaia di persone, funziona ancora quando sono in milioni e milioni le persone organizzate in nazioni e religioni che si differenziano sul piano dei valori o delle economie?

In una cultura in cui i tratti umani complessi diventano lo spunto per giudizi morali semplicistici o si traducono, per evitare la trappola del moralismo, in categorie diagnostiche che servono ad allontanare lo spettro del male o quantomeno a renderlo trattabile, c'è spazio per una riflessione politica su questi temi?

Ci provo, parlando del disturbo di personalità passivo aggressivo, ben consapevole che il ragionamento che sto per fare si può estendere a molti altri comportamenti oggetto di indagine diagnostica e inquadramento tra le patologie.

Lo spunto me lo ha offerto un articolo pubblicato sulla rivista *Internazionale* del gennaio 24 tradotta dall'originale uscito per *The Economist* scritto da Josh Cohen psicoanalista inglese, col titolo "I passivo-aggressivi hanno conquistato il mondo".

Cohen definisce l'aggressività passiva il modo indiretto con cui esprimiamo antagonismo o disobbedienza riservandoci al tempo stesso la facoltà di negare le nostre intenzioni.

Nelle relazioni duali questo comportamento è uno strumento spesso utilizzato per non entrare apertamente in conflitto con il partner, l'amico, il compagno di lavoro e sfuggire alle proprie responsabilità attribuendosi al contempo il potere di stabilire le regole della convivenza.

La gestione del potere è sempre implicata nelle relazioni umane sia duali che collettive e la modalità detta passivo aggressiva ne è una delle forme tipiche.

Nel suo articolo Cohen conclude con l'invito a trovare un modo onesto e non conflittuale di comunicare con gli altri, ma osservando lo spettro sociale di questi comportamenti viene naturale prendere in considerazione quanto siano determinanti le forme della organizzazione politica, sociale, economica, nel condizionare l'utilizzo di questa modalità relazionale.

Il potere democratico si presenta generalmente in forme benevoli e accattivanti, tollera il dissenso aperto a condizione che non sia violento, mentre il potere autocratico diffida anche del dissenso dissimulato dietro l'apparente passività e a volte lo tollera per evitare il conflitto aperto che lo può mettere in cattiva luce.

Una forma tipica collettiva di comportamento passivo aggressivo è ad esempio il rifiuto di partecipare a quegli atti come le elezioni che dovrebbero dare legittimità al potere. Si tratta di una forma che preoccupa tutti gli uomini che fanno politica in ambienti liberali perché segnala il dissenso in modo passivo ma aggressivamente dice che tu non mi piaci, non hai interesse per me, non sai attirare la mia attenzione, non mi vuoi neanche bene.

Come sappiamo, non solo nel nostro paese, ci sono movimenti che cercano di sfruttare questa caratteristica umana del comportamento passivo aggressivo, eleggendolo a significante di potenziale ribellione che può essere canalizzata e sfruttata per gli scopi più o meno nobili di chi pretende di rappresentare questo "disturbo di personalità" invece di curarlo, se di malattia si tratta.

Qui sorge la prima domanda, ovvero la manifestazione individuale è considerata un disturbo e va curata, ma quando è collettiva è ancora un disturbo ma non è più malattia?

Mentre il disturbo individuale viene classificato come causa di malattia e giustifica la necessità di cura, il disturbo di personalità diffuso viene "curato" certificandone il diritto alla esistenza ed alla rappresentanza politica, affidandone le sorti alle pratiche democratiche.

Talune "malattie sociali" hanno diritto di cittadinanza, se non disturbano troppo e possono portare consenso, ma gli organizzatori del consenso hanno bisogno di rendere visibile le ragioni del malessere celato passivamente per poterlo usare politicamente e dunque trasformano la passività in aggressività.

Ma cosa accade quando l'aggressività si mostra con evidenza attiva e contesta il potere?

Di solito viene repressa anche nei contesti democratici e tende a spostare il confine tra ciò che può essere tollerato e ciò che si stabilisce di non voler, non poter tollerare.

La questione di chi stabilisce le regole e per quali finalità esula dagli scopi dell'articolo pur essendo fondamentale, ma intendo porre attenzione sulle ragioni che sembrano far preferire il passivo aggressivo all'aggressivo manifesto, da parte del potere.

Entrambe le manifestazioni della aggressività sembrano preoccupare i luoghi e le forme del potere, tuttavia quella passivo aggressiva viene tollerata e talora anche incoraggiata perché il mugugno e il disinteresse sono generici e possono essere canalizzati e sfruttati, mentre l'aggressività manifesta è aperta, esplicitamente diretta da un contenuto, una rivendicazione che esige un confronto e una assunzione di responsabilità reciproca.

Bartleby lo scrivano mirabilmente descritto da Herman Melville nel racconto omonimo con il suo “preferirei di no” mette in crisi lo studio legale dove lavora fino a condurlo al fallimento.

Un singolo passivo aggressivo fa fallire un avviato studio legale, una massa di cittadini passiva aggressiva può fare fallire la capacità di uno stato di garantire la convivenza civile, ma i decisori politici pur rendendosi conto del pericolo non sanno trovare le forme e le misure per evitarlo. Lo storico Giorgio Boatti alcuni anni fa ha ricostruito la storia dei professori universitari che si rifiutarono di piegarsi al fascismo giurando fedeltà, in un bel libro il cui titolo è “Preferirei di no” preso appunto a prestito dalla risposta abituale di Bartleby alle richieste del suo datore di lavoro.

In realtà i professori che dissero di no al fascismo hanno pagato tutti un costo personale elevato, venendo estromessi dall’insegnamento e buttati fuori dall’accademia, dunque non erano passivo aggressivi ma attivi, responsabili e coraggiosi.

Questo riferimento serve ad introdurre un altro elemento che è la responsabilità, concetto del tutto estraneo al mondo dei passivo aggressivi, che fanno della elusione della responsabilità il cardine dei loro comportamenti.

Trovare un modo onesto e non conflittuale di comunicare come suggerisce Cohen e come dicono tutti i testi di psicoterapia, è certamente una buona indicazione se riferita alle relazioni tra due individui, ma trova difficoltà ad essere applicata nei contesti dove la collettività è uno dei soggetti e l’altro l’insieme dei suoi rappresentanti, che dovrebbe farsi carico per primo di prendere l’iniziativa non nel senso di disvelare l’aggressività e renderla giustificata se è utile al consenso o demonizzata e repressa se rappresenta un vulnus verso chi sta esercitando il potere. Libertà e responsabilità sono gli assi cartesiani che permettono il dispiegarsi dei comportamenti individuali e collettivi a cui assegniamo un valore che dovrebbe essere una retta diagonale crescente esattamente a metà del grafico.

Se i passivo aggressivi hanno conquistato il mondo evidentemente l’idea di responsabilità non accompagna l’idea di libertà, questa è la causa della malattia che affligge il mondo ed ha molte manifestazioni, alcune acute come le guerre, altre croniche come il deterioramento climatico, la crescita delle disuguaglianze, l’aumento delle povertà.

Possiamo continuare ad eludere il fatto che le malattie del mondo moderno non possono essere curate da medici ma dovrebbero essere prese in carico da politici avveduti e responsabili, continuando a colludere con la richiesta di patologizzare individualmente ciò che è socialmente guasto e corrotto?

In medicina è in uso la distinzione tra malattie trasmissibili e non trasmissibili, per distinguere gli stati morbosi di origine infettiva o di origine genetica, da quelli che non sembrano avere un mezzo di trasmissione, come alcuni tipi di comportamenti frutto di disturbi come quelli di personalità classificati nel DSM (manuale diagnostico

statistico per le malattie mentali – il libro universale degli psichiatri).

Forse è arrivato il momento di prendere seriamente in considerazione il principio di emulazione come mezzo di trasmissione di molti comportamenti diventati collettivi e diffusi, con una capacità di contagio ben superiore alle malattie infettive di recente diffusione, ma non è sufficiente perché occorre anche domandarsi come mai si diffondono facilmente taluni comportamenti e non altri.

La risposta non è semplice ma per trovarla è necessario interrogarsi sulle caratteristiche dei contesti sociali, economici, relazionali in cui è immersa una gran parte di questo mondo che alimenta la diffusione di comportamenti e l’aumento di personalità con caratteristiche passivo aggressive, antisociali piuttosto che disturbi d’ansia o depressione.

Negli anni ‘60 nacque il movimento di Medicina Democratica che crebbe anche grazie alle spinte eversive del movimento degli studenti.

Allora si diceva che la fabbrica fa ammalare e dunque occorre cambiare i sistemi di produzione e migliorare le condizioni dei lavoratori, altrimenti è inutile curare il singolo uomo che si ammala a causa delle cattive condizioni ambientali.

Sarà destinato ad ammalarsi nuovamente quando rientrerà in fabbrica e se non lui, altri si ammaleranno per le stesse cause.

Ora il quadro è diventato più complesso e grave, non è più la fabbrica che fa ammalare ma il milieu in cui siamo immersi, generato da un modello di sviluppo che pur avendo molti pregi, non sa correggere le storture che genera perché pur dichiarandosi aperto al futuro ed alla innovazione, mantiene lo sguardo concentrato sulla propria capacità di tenere invariate le regole che lo hanno sostenuto fino ad oggi.

È giunto il momento di dare vita nuovamente ad un movimento di medicina che guardi il mondo e l’origine delle sue patologie oltre ad occuparsi di curare l’uomo malato.

La prestigiosa rivista inglese *The Lancet* quasi in ogni numero include articoli che analizzano le relazioni causali tra l’incremento di malattie e la povertà di molti paesi, tra le guerre e il disastro della infanzia amputata, tra i comportamenti predatori di talune imprese e la diffusione di disturbi mentali; noi potremmo aggiungere la relazione tra l’impoverimento del servizio sanitario nazionale e il deterioramento della salute del paese ma solo se abbiamo il coraggio e la forza di uscire dagli schemi rivendicativi per contrastare le ragioni che sostengono il modello di sviluppo/degrado del mondo con il sapere e le competenze della medicina millenaria.

## Riferimenti bibliografici

- Boatti G. (2001). *Preferirei di no*. Einaudi ed. Gli Struzzi 527. *Internazionale*, 31(1545): 100-104.  
Melville H. (2019). *Bartleby lo scrivano*. Einaudi.

## La Finestra dei consumatori

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

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

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

È una bella giornata, sto aspettando i miei amici, nel solito giardino, la solita panchina, l'erba è verde acceso, i bambini corrono e urlano.

Non li ho mai sopportati, troppa confusione.

Decido di spostarmi due panchine più in là.

Accendo la sigaretta e faccio un tiro svogliato.

Ho veramente cambiato posto solo perché mi dava fastidio il rumore?

Spengo la sigaretta e continuo ad aspettare.

Vedo due miei amici che arrivano... Non mi salutano.

È come se non mi avessero visto.

Non hanno nemmeno alzato lo sguardo per cercarmi.

Sanno che sono qui, ma è come se non gli interessasse.

Arrivano anche gli altri, si salutano, ridono, scherzano, non si sono nemmeno accorti che non ci sono.

Accendo un'altra sigaretta e penso a quanto la mia presenza sia irrilevante per loro, a quanto non c'entro nel gruppo, a quanto sono inutile ed insignificante.

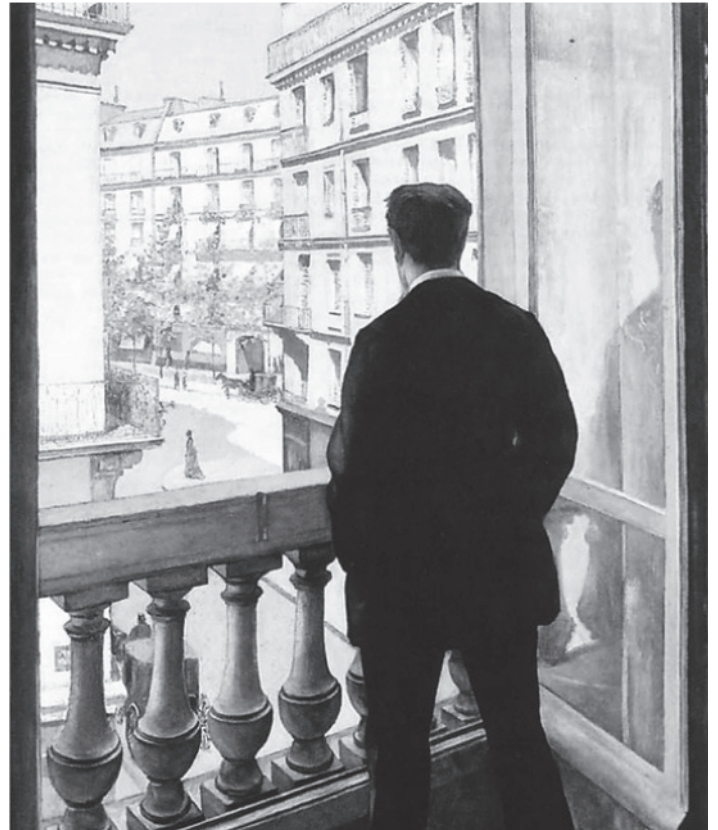
Spengo la sigaretta.

Sono sulla solita panchina.

Arrivano tutti insieme, sorridenti verso di me, sono felici di vedermi.

Una bellissima giornata iniziata nel mio mondo e finita nel loro.

**A.**



“Il nostro fiume nasce da una montagna di speranze, il fiume scende facendosi strada tra i ciottoli e la ghiaia, spinto solo dalla pioggia e dallo sciogliersi del ghiacciaio, vivendo con la costante incognita se si immetterà in quel lago privo di uscita o potrà sfociare in quel mare insieme a tutti gli altri fiumi”.

**N.**

*Ragazze e ragazzi del Laboratorio di Teatro Hope Spot (ASUGI Trieste)*

## Poetry Corner/Rubrica di poesia

Enzo Lamartora

### Autoritratto di un altro

Cees Nooteboom, uno dei maggiori scrittori contemporanei, è nato a L'Aja il 31 luglio 1933. Autore pluripremiato di romanzi, poesie, saggi e racconti di viaggio, ha esordito nel 1955 con *Philip e gli altri*. L'anno successivo ha pubblicato la prima raccolta poetica, *I morti cercano casa*. Con *Rituali* (1980) e *Il canto dell'essere e dell'apparire* (1981) si è imposto all'attenzione internazionale. Nel 1950 ha attraversato in bicicletta il Belgio e il Lussemburgo: è stato il primo di numerosissimi viaggi all'estero, da cui sono nati straordinari reportage. Spesso definito "eterno nomade e cittadino del mondo", Cees Nooteboom vive tra Amsterdam e Minorca. Tra i suoi ultimi volumi, *Tumbas, Cerchi infiniti, Il libro dei giorni, Addio e Venezia, Il leone, la città e l'acqua*, editi da Iperborea, e l'antologia poetica *Luce ovunque 2012-1964* (Einaudi). Le opere di Cees Nooteboom sono state tradotte in più di trenta lingue.

*Autoritratto di un altro* nasce dall'incontro tra Cees Nooteboom e l'artista tedesco Max Neumann. Si conoscono nel 1989 a Berlino, in occasione di una rassegna letteraria, diventano amici, decidono di fare qualcosa insieme e stringono un patto: "Lui non avrebbe mai illustrato le mie poesie e io non avrei mai descritto le sue opere", ha raccontato Nooteboom. "Quando mi spedì trentatré suoi disegni, li appesi alle pareti bianche della mia casa di Minorca e cominciai a scrivere, ispirato da quelle immagini ma senza commentarle. Ecco perché intitolammo il libro *Autoritratto di un altro*".

I trentatré testi di questa raccolta, pubblicata nel 1993, sono colmi di atmosfere oniriche, fantasie, ricordi, richiamati alla luce da stimoli visivi di grande forza. Sono meditazioni sul rapporto tra le cose e i loro nomi, sulle possibilità del linguaggio, e ampliano l'orizzonte chiedendo ai lettori di rinnovare lo sguardo su se stessi e sul mondo.

Qui di seguito, due poesie tratte da *Autoritratto di un altro*, Crocetti Editore, Milano, 1998.

V

Per tutto il giorno ha camminato per la città sudata, scendendo e salendo in metropolitana come una talpa, strabuzzando gli occhi sempre più cieco ogni volta che riemergeva alla luce del sole. Non ha meta, le stazioni le ha scelte a capriccio, vie con numeri alti e bassi, piazze in quartieri dimenticati, parchi in stato d'abbandono con altalene distrutte. Ovunque è circondato da altre persone, le infinite teorie dei loro volti le ha messe da parte per dopo, per quando sarà di nuovo solo. Ha seguito una donna con un cane che non dovrebbe vivere in città. Quando sono spariti dietro un portone malandato, il cane gli ha lanciato una lunga occhiata, un'occhiata che un cane non dovrebbe rivolgere a un essere umano. Anche quella, dunque, ha dovuto conservarla. Via via che il giorno avanza vede i volti cambiare, farsi irriconoscibili. Si domanda che cosa stia accadendo al proprio volto, ma non osa toccarlo ed evita di guardarsi nelle vetrine. Mentre sale per l'ultima volta all'aperto, nella notte che tutto sfigura, li sente dietro di sé,

vicinissimi. Il leggero battere delle loro unghie assomiglia al ticchettio sempre più veloce di un orologio.

XXI

È tornato nella vecchia città, che è diventata la città delle domande. È primavera, e si è già visto un centinaio di volte in tutte le sue forme prece-denti, ubriaco, lacerato dall'angoscia, felice, su un marciapiede sotto la neve, presso una tomba, in ospedale, in un borello, in un convento, tra donne e tra amici già morti. La città è cambiata e non è cambiata mai, lui è cambiato e cambiato ancora, nel suo desiderio si è insinuato l'impossibile, qualcosa di irrevocabile lo accompagna in ogni luogo. Come un'ombra? Un'ombra lo accompagna in ogni luogo, il doppio con la testa di cane, l'uomo che ne sa più di lui. Vede le nuove foglie sui castagni, gli altri, le nuove persone, il fiume, la cattedrale, il ponte, vede i fantasmi che lo circondano, corteo che lancia richiami di seduzione. Presto dovrà partire da questa città come se non dovesse tornare mai più, un uomo che tiene se stesso per mano.

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

# HCV elimination plan 2.0: un progetto per migliorare il percorso delle persone con HCV consumatrici di sostanze in Lombardia

Marco Riglietta<sup>^</sup>, Lorenza Bertù<sup>^^</sup>, Alberto Chiesa<sup>^^^</sup>, Roberto Ranieri<sup>^^^^</sup>

## Gruppo di lavoro UO Dipendenze Regione Lombardia

Anna Degli Esposti<sup>\*</sup>, Letizia Testa<sup>\*\*</sup>, Giorgio Perboni<sup>\*\*\*</sup>, Paolo Fortuna<sup>\*\*\*\*</sup>, Caterina Maltempo<sup>\*\*\*\*\*</sup>, Antonia Cielo<sup>•</sup>, Assunta Lanza<sup>••</sup>, Nicola Rizzardi<sup>•••</sup>, Parillo Teresa<sup>••••</sup>, Antonio Prete<sup>•••••</sup>, Enrico Elba<sup>◦</sup>, Fabio Guerrini<sup>◦◦</sup>, Annalisa Bergamini<sup>◦◦◦</sup>, Costanza Agostoni<sup>◦◦◦◦</sup>, Maurizio Bramani Araldi<sup>•••••</sup>, Umberto Falconi<sup>◦◦◦◦◦</sup>, Roberto Giacchino<sup>§</sup>, Claudio Tosetto<sup>§§</sup>, Concettina Varango<sup>§§§</sup>

### SUMMARY

■ *The objective of the project “HCV elimination plan 2.0 - Implementation of treatment paths in the Ser.D. Centers of Lombardy for patients with HCV” was to better manage the patient journey of drug users (PWUD) with HCV through the implementation of treatment paths within the Ser.D. centers in Lombardy. The working team started in 2022 building up a diagnostic therapeutic assistance path (PDTA) shared between all 25 units of the region and continued this year with the verification of its implementation.* ■

**Keywords:** HCV, PWUD, Drug and alcohol users.

**Parole chiave:** HCV, Consumatori di droghe, Consumatori di alcol, Ser.D.

Articolo sottomesso: 06/02/2024, accettato: 07/03/2024

## Il progetto “HCV elimination plan 2.0”

Nel corso del 2022 in Regione Lombardia è stato ipotizzato un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale condiviso fra tutte le UO Dipendenze (Ser.D.).

<sup>^</sup> Direttore SC dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII, Coordinatore UO Dipendenze Regione Lombardia.

<sup>^^</sup> Biostatistico – Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi dell’Insubria Varese.

<sup>^^^</sup> UO Ser.D. Vizzolo Predabissi, ASST Melegnano e della Martesana.

<sup>^^^^</sup> Direttore SC Direzione Coordinamento Carceri ASST Santi Paolo e Carlo Milano. Coordinatore Sanità Penitenziaria Regione Lombardia.

\* ASST Bergamo Ovest. \*\* ASST Fatenebenfratelli Sacco.

\*\*\* ASST Mantova. \*\*\*\* ASST Brianza. \*\*\*\*\* ASST Ovest Milano.

• ASST Cremona. •• ASST Pavia. ••• ASST Bergamo Est.

•••• ASST Lariana. ••••• ASST Crema. ◦ ASST Garda. ◦◦ ASST Rhodense.

◦◦◦ ASST Spedali Civili di Brescia. ◦◦◦◦ ASST Lecco.

◦◦◦◦◦ ASST Franciacorta. § ASST Santi Paolo e Carlo. §§ ASST sette

laghi. §§§ ASST Lodi.

Il progetto, implementato nel corso del 2023, voleva verificare lo stato di avanzamento delle attività all’interno dei Ser.D. di Regione Lombardia e si è sviluppato su due direttrici:

- analisi dei dati di attività nei primi 9 mesi del 2023;
- l’attivazione di tre focus group che dovevano, attraverso l’analisi dei dati di attività dei primi 9 mesi dell’anno, valutare l’efficacia del PDTA.

La valutazione di efficacia doveva considerare lo screening, i test di conferma, il linkage to care e il trattamento all’interno dei Ser.D.

La raccolta dei dati si è basata sulla costruzione di un database utilizzato da tutti, costruito in modo tale da rendere agevole la richiesta di dati istituzionale (Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia).

### Dati

Sono stati coinvolti 22 centri sui 25 presenti in Regione Lombardia.

Il reclutamento ha preso in considerazione due periodi: 1/1/23-30/6/23 e 1/7/23-30/9/23: tale scelta è stata fatta per separare due periodi che fotografano l’attività sia di un periodo standard



che di un periodo, quello estivo, di bassa affluenza che per comodità definiremo periodo 1 e periodo 2.

Nel periodo 1, i pazienti individuati come popolazione target (tutta l'utenza presa in carico dal Ser.D.) erano 20.734, i pazienti raccolti nel database 4.863, quelli valutabili (con un test di screening nel periodo considerato) 4.830.

Nel periodo 2 il dato è stato, ovviamente, inferiore: popolazione target 17.556, pazienti invitati 2.117, pazienti valutabili 2.067. Interessante l'incremento dell'accettazione dello screening da parte dei pazienti: nel periodo 1 4.410 pazienti a cui è stato proposto il test ha accettato pari al 91.3%, nel secondo periodo il test è stato accettato da 1.922 pazienti pari al 93.0% sostanzialmente sovrapponibile. La percentuale di pazienti con uso di droghe endovenosa rappresenta nel periodo 1 il 17% del totale, nel periodo 2 scende al 10%. Il dato conferma, che la maggior parte dei pazienti non utilizza droghe per via endovenosa, d'altra parte mostra come i servizi abbiano, in una prima fase centrato l'attenzione e lo sforzo sulla popolazione con più elevata vulnerabilità.

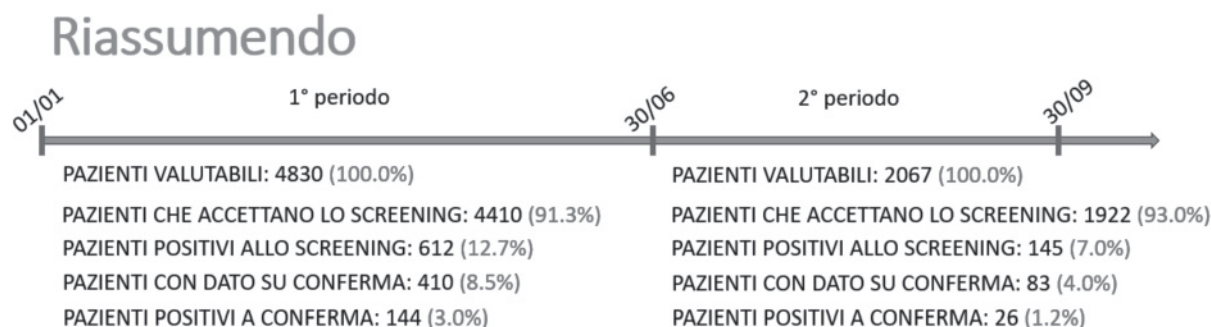
L'analisi della tipologia di paziente a cui è stato proposto lo screening HCV, è riportata nella Tabella 1.

Tab. 1

Popolazione	Periodo 1 (N = 4410)	Periodo 2 (N = 1922)
Tossicodipendenti	52%	47%
Alcolodipendenti	26%	30%
Legali	6%	6%
Gioco d'azzardo	2%	1%
CML (commissione medica patenti)	2%	7%
Prefettura	1%	1%
Dato mancante	11%	7%

È evidente come i servizi abbiano coinvolto la variegata tipologia di utenza che afferisce ai Ser.D., privilegiando le categorie maggiormente esposte al rischio infettivo.

Fig. 1



HCV ELIMINATION PLAN 2.0

L'attività di screening è stata effettuata con metodologie differenti (vedi Tabella 2).

Tab. 2

	1° periodo (N = 4410)		2° periodo (N = 1922)	
	n	%	n	%
Test anticorpale su prelievo venoso	2.529	57,3	1.178	61,3
Test rapido anticorpale su sangue capillare	1.448	32,8	540	28,1
Test rapido anticorpale su saliva	165	3,7	18	0,05
Ricerca RNA su prelievo venoso	2	0,05	132	6,9
Ricerca RNA su sangue capillare	67	1,5	0	0
Altro	159	3,6	0	0

Dato mancante per lo 0.9% dei pazienti nel periodo 1 e per il 2.8% nel periodo 2.

La prevalenza della ricerca di HCV Ab su prelievo venoso evidenzia due dati: la maggior parte dei servizi esegue regolarmente il prelievo venoso per l'identificazione dei markers epatite e HIV dato sicuramente positivo, d'altra parte esprime anche la difficoltà dell'acquisizione dei test rapidi legati alle procedure amministrative regionali ed aziendali.

Nell'immagine sottostante viene riportato il percorso di screening completo dove si evidenzia il progressivo aumento dell'attività di screening e la riduzione delle positività sia agli anticorpi che al RNA virale.

La percentuale di pazienti positivi alla ricerca di HCV Ab passa dal 12.7% del primo periodo al 7.0% del secondo. Il 66.9% nel primo periodo e il 57.24% nel secondo periodo ha effettuato il test di conferma.

Nel primo periodo il 23.5% dei soggetti positivi per HCV Ab è positivo anche alla ricerca di RNA virale. Nel secondo periodo tale positività scende al 17.9%.

Ultimo dato riguarda il linkage to care ed il trattamento, che non appare particolarmente favorevole.

Nonostante la presenza di buoni contatti fra Ser.D. e centri prescrittori la percentuale di pazienti che arrivano a completare il trattamento risulta piuttosto bassa.

Una delle motivazioni potrebbe riguardare un bias dello studio: il periodo breve di osservazione impedisce di veder la conclusione dell'iter diagnostico terapeutico.

Tab. 3

	Periodo 1		Periodo 2	
	N	%	N	%
Pazienti con doppia positività	144	100.0	26	100.0
Reinfezione	11	7.6	1	3.8
Invio centro specialistico	82	56.9	12	46.2
Visita specialistica	58	40.3	9	34.6
Inizio trattamento Ser.D.	17	11.8	5	19.2
Inizio trattamento esterno	26	18.1	0	0.0
Trattamento completato	10	6.9	2	7.7

Analizzando la "cascade of care" si evidenzia la perdita dei pazienti nelle tappe successive: su 100 pz con positività confermata al RNA virale, il 56,9% (1 periodo) e il 46,2% (2 periodo) sono inviati ad un centro specialistico. Di questi il 70,7% (1 periodo) e il 75% (2 periodo) effettuano la visita specialistica. Il 44,8% (1 periodo) inizia la terapia, nessuno (2 periodo) ha iniziato la terapia.

Anche in questo caso esiste probabilmente il bias legato alla brevità e tipologia del periodo di analisi (2 periodo) con riduzione dell'offerta di visite specialistiche e conseguentemente ritardo nell'avvio del percorso terapeutico.

Nella seconda fase del progetto sono poi stati costituiti **tre board scientifici** composti da un coordinatore e otto clinici esperti ognuno dei quali ha affrontato una macro-tematica:

- attività di screening;
- trattamento nella popolazione in carico ai Ser.D.;
- reinfezione e misure di riduzione del danno.

## Focus Group 1 - L'attività di screening

Nel 2022 nei Ser.D. della Lombardia sono stati eseguiti circa tre mila test di screening, su un'utenza media di 20-25 mila persone, che comprende anche chi ha eseguito un solo accesso senza essere stato preso in carico. Gli esami – eseguiti ancora con la metodica classica che consiste in un prelievo di sangue e invio del campione al laboratorio – hanno dato una positività del 12% di anticorpi e nel 50% dei essi è stata In tutti i servizi rappresentati l'attività di screening è in corso in modo efficace. I tests rapidi capillari sono disponibili ed utilizzati ovunque, i salivari sono stati adottati solo in misura parziale e solo alcune ASST si sono attivate per l'acquisto post gara regionale. Viene sottolineata la non opportunità di eseguire test salivari nei NOA, dove spesso gli utenti fanno uso di collutori allo scopo di mascherare l'alito alcoolico al momento della visita.

L'HCV-RNA fingerstick non è ancora disponibile.

**Criticità:** i ritardi nella disponibilità dei test rapidi non ha permesso l'applicazione diffusa del percorso fast track, che era il vero nucleo innovativo dell'azione.

Tutti i servizi hanno concordato sull'opportunità del counselling per aumentare l'accettazione dello screening, sottolineando l'importanza di impiegare altre figure sanitarie (psicologi, infermieri) e del terzo settore e perfino degli utenti stessi anche per ridurre la distanza dall'utente. Utile anche una sala ed un percorso dedicato ai prelievi ematici. Per i prelievi è stata diffusamente utilizzata l'esenzione 016, senza necessità di ricorrere alla D98.

**Punti di forza:** counselling pre screening, impiego di altri sanitari, presenza di percorsi dedicati, peer education.

Tutti i servizi hanno dichiarato di aver creato una rete efficiente con i laboratori ospedalieri di riferimento e con i centri per diagnosi e prescrizione terapie di medicina interna/gastroenterologia/malattie infettive.

**Criticità:** i colleghi non prescrivono la terapia antivirale perché non si ritengono adeguatamente preparati e perché la prescrizione avviene regolarmente presso i centri prescrittori ospedalieri. Accetterebbero però di essere formati sulla terapia.

I farmaci vengono forniti regolarmente dalle farmacie ospedaliere e vengono dispensati spesso al momento della consegna/affidamento del metadone.

## La peer education

Un altro modo per intercettare più persone possibile è l'educazione tra pari e l'utilizzo dello stesso personale in situazioni ripetute. "Più persone saranno trattate felicemente e più naturalmente – in una popolazione di questo tipo in cui c'è il senso di aver fatto un'azione positiva – questa azione si trasmetterà anche agli altri" continua l'esperto.

## La task shifting

Tra i motivi che impediscono di eseguire lo screening sulla totalità di persone che andrebbe monitorata vi è anche la carenza di personale sanitario. L'utilizzo di "figure altre", potrebbe favorire l'esecuzione dello screening.

## Focus Group 2 - La prescrizione all'interno dei Ser.D.

Nel marzo del 2022, con atto della U.O. Farmaceutica e Dispositivi Medici, d'intesa con la U.O. Rete Territoriale - Salute mentale, Dipendenze, la direzione Generale Welfare di Regione Lombardia ha autorizzato la prescrizione a carico del Servizio sanitario regionale dei farmaci ad azione antivirale diretta di seconda generazione (DAAs) per la terapia dell'infezione da HCV da parte dei medici dei Ser.D. A prescindere dalla specializzazione.

### Punti di forza:

- fast track consolidato (slot aperti, red carpet, ecc.) con strutture specialistiche in 5 realtà su 7;
- in alcune strutture senza punto prelievi svolta decisiva attraverso utilizzo test rapidi;
- in due strutture accordi con laboratorio per esecuzione diretta genotipo se RNA positivo o HCV reflex;
- telemedicina fra i Ser.D. appartenenti alla stessa Azienda;
- presenza di medico prescrittore nel Ser.D.;
- diagnostica strumentale e gestione follow-up in pazienti F3, F4.

### Criticità:

- mancanza di personale;
- ridotta disponibilità di test rapidi;
- il gruppo di lavoro è stato molto selezionato per storia ed esperienza quindi è possibile che ci siano bias in termini di

agreement al protocollo rispetto ad altre realtà con professionisti non particolarmente orientati in ambito internistico, epatologico, infettivologico;

- ridotta attitudine prescrittiva da parte di altri specialisti (farmacologi, psichiatri). Si tratta di un retaggio culturale su cui è necessario agire per evitare che le persone si rechino verso centri di tipo ospedaliero, dove poi per vari motivi non afferiscono in maniera regolare". Viene ribadito come si tratti in realtà di terapie tutto sommato semplici e di durata molto limitata.

### Focus Group 3 - Il rischio reinfezione

Si tratta di un rischio sempre presente per tutti i consumatori di sostanze attivi, sostanzialmente per tre motivi: sharing di materiale utilizzato per consumare sostanze e.v. quali aghi, filtri, ecc., condivisione di materiale per inalazione delle droghe, rischio correlato a comportamenti sessuali a rischio.

Il gruppo ha analizzato le misure riportate in un recente documento pubblicato congiuntamente da due agenzie europee ECDC (European Center for Diseases Control) – EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) provando a verificare lo stato di applicazione e di applicabilità nei servizi ambulatoriali per le dipendenze.

1. **Fornitura di attrezzature sterili per l'iniezione:** fornire aghi e siringhe sterili e altre attrezzature per la preparazione delle droghe (filtri e acqua per iniezione, materiale per inalazione, pipette per fumare, ecc.), anche nelle carceri e attraverso le farmacie. Tutti concordano sull'inapplicabilità all'interno delle carceri. Allo stato attuale nessun servizio distribuisce questo materiale ma **vi è accordo del gruppo sulla applicabilità della misura che va attivata associando un'importante attività di counselling specifico e mirate ai consumatori di droghe per via ev.** Importante anche sviluppare una promozione dei peer. **Criticità:** ottenere dalle aziende budget specifici per questa attività.
2. **Trattamento della tossicodipendenza:** massima disponibilità nel fornire trattamenti con agonisti degli oppioidi anche nelle carceri. Il trattamento con farmaci agonisti è ampiamente garantita da tutti i servizi ambulatoriali. **Criticità:** servizi piccoli con ridotto orario di apertura. Va sempre considerato come i trattamenti con agonisti degli oppiacei sono, di fatto, erogabili esclusivamente dai servizi delle dipendenze, meno capillari dei medici di assistenza primaria e delle farmacie territoriali.
3. **Vaccinazione:** Offrire vaccinazioni contro l'epatite A e B, infezioni respiratorie come Covid-19 e influenza, e contro il tetano per prevenire le infezioni e/o le loro complicanze nei soggetti che assumono droghe per via parenterale. Inoltre, in particolare per le persone che vivono con l'HIV e che iniettano droghe, offrono lo pneumococco e vaccini contro il papillomavirus. **Criticità:** vaccinazioni non diffusamente erogate per vari motivi: logistiche aziendali (sedi vicino a centri vaccinali), difformità di offerte vaccinali. **Proposta:** sviluppare l'offerta vaccinale all'interno dei Ser.D. per tutti coloro che non si rivolgono alle strutture deputate (centri vaccinali). Normalmente altre strutture ospedaliere che seguono pazienti a rischio di malattie infettive per patologia o condizione clinica (malattie infettive, ematologia, oncologia, ecc.) propongono al loro interno un'offerta vaccinale specifica.

4. **Testing delle malattie infettive:** offrire regolarmente test volontari e riservati con consenso informato e in linea con le norme guida per HCV e HIV a tutti i consumatori di sostanze; HBV a tutti coloro che non risultano essere vaccinati o con vaccinazione incompleta; IST (ad es. sifilide, clamidia, gonorrea) a tutti i consumatori di sostanze (alcol compreso) che hanno comportamenti sessuali a rischio (ad esempio partner sessuali multipli, scambio di sesso con denaro/droga); malattia tubercolare a tutti i consumatori di sostanze con segni e sintomi di tubercolosi e/o quelli con livelli più elevati rischio (ad esempio avere un'esposizione o una condizione sottostante predisponente). Tutte le persone con un risultato positivo al test dovrebbero essere avviati alle cure. **Criticità:** lentezza ad ottenere gli strumenti per il testing rapido nonostante il finanziamento ministeriale. **Punti di forza:** la maggior parte ha da sempre attività di prelievo, chi non attualmente non la svolge condivide l'opinione dell'opportunità. L'attività di testing rapido è comunque avviata di tutti i servizi con buon successo. Il testing quasi ovunque viene sviluppato su tutte le patologie indicate.

5. **Trattamento delle malattie infettive:** trattamento antivirale per i soggetti con diagnosi di HBV e idonei al trattamento; trattamento antivirale per i pazienti con diagnosi di HCV; trattamento antiretrovirale per i soggetti con diagnosi di HIV; trattamento anti-TBC per i soggetti affetti da tubercolosi; trattamento preventivo della tubercolosi per le persone affette da tubercolosi dopo aver escluso la malattia; trattamento di altre malattie infettive come le infezioni sessualmente trasmissibili e le infezioni batteriche della pelle come clinicamente indicato. Garantire che vi sia cooperazione tra i fornitori di servizi dedicati ai consumatori di sostanze e la cura delle malattie infettive per aumentare il collegamento con la cura, in particolare per l'HCV. Esistono prove che, almeno per il trattamento dell'HCV, l'adesione può essere rafforzata attraverso il coinvolgimento dei peer. **Punti di forza:** tutti hanno sviluppato buone relazioni e percorsi facilitati con malattie infettive e linkage to care che permette l'accesso alle cure ai pazienti consumatori di sostanze. **Criticità:** mancata attivazione dei point of care per HCV che deve poter essere sviluppata all'interno dei servizi per la facilità della prescrizione e la miglior aderenza dei pazienti.

### Conclusioni

Il progetto HCV elimination Plan 2.0 ha permesso di evidenziare il buon andamento dell'attività di screening HCV nei Ser.D. di Regione Lombardia, con l'evidente impegno di proporre lo screening a tutti i consumatori di sostanze che accedono al servizio per motivi diversi. L'attività è stata aumentata grazie ai test rapidi introdotti a seguito del programma regionale anche se non ancora completamente partito. L'incremento dell'attività di screening ha permesso di evidenziare una progressiva riduzione delle positività ad HCV grazie all'arruolamento di popolazioni a minor rischio di infezione ma anche per l'incremento dei trattamenti specifici.

L'attività di "micro eliminazione" rimane indispensabile come dimostrano i casi, sia pur limitati, di reinfezione e come sia fondamentale l'implementazione diffusa di tutte le indicazioni consigliate dalle agenzie europee sulle misure di riduzione del danno nei consumatori di sostanze.

## Riferimenti bibliografici

- Aghemo A., Lampertico P., Colombo M. (2012). Assessing long-term treatment efficacy in chronic hepatitis B and C: between evidence and common sense. *J Hepatol.*, 57(6): 1326-35. Doi: 10.1016/j.jhep.2012.06.025.
- AISF Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (2020). Documento di indirizzo dell'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato per l'uso razionale dei farmaci anti-HCV disponibili in Italia. Aggiornamento del 14 dicembre.
- Andriulli A., Stroffolini T., Mariano A., Valvano M.R., Grattagliano I., Ippolito A.M., Grossi A., Brancaccio G., Coco C., Russello M., Smedile A., Petrini E., Martini S., Gaeta G.B., Rizzetto M. (2018). Declining prevalence and increasing awareness of HCV infection in Italy: A population-based survey in five metropolitan areas. *Eur J Intern Med.*, 53: 79-84. Doi: 10.1016/j.ejim.2018.02.015.
- ECDC-EMCDDA Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs – 2023 update. Doi: 10.2900/854004.
- European Association for the Study of the Liver (2020). EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series. *J Hepatol.*, 73(5): 1170-1218. Doi: 10.1016/j.jhep.2020.08.018.
- Fiore V., De Matteis G., Ranieri R., Sadari L., Pontali E., Muredda A. et al. (2021). HCV testing and treatment initiation in an Italian prison setting: a step-by-step model to micro-eliminate hepatitis C. *Int J Drug Policy*, 90, 103055. Doi: 10.1016/j.drugpo.2020.103055.
- Gardini I., Bartoli M., Conforti M., Mennini F.S., Marcellusi A. (2019). Estimation of the number of HCV positive patients in Italy. *PLoS One*, Oct 31, 14(10), e0223668. Doi: 10.1371/journal.pone.0223668.
- Kondili L.A., Andreoni M., Alberti A., Lobello S., Babudieri S., Roscini A.S., Merolla R., Marrocco W., Craxì A. (2021). Estimated prevalence of undiagnosed HCV infected individuals in Italy: A mathematical model by route of transmission and fibrosis progression. *Epidemics*, Mar, 34, 100442. Doi: 10.1016/j.epidem.2021.100442.
- Riglietta M., Chiesa A., Cocca G., Ranieri R., Zilio V., & Gruppo di Lavoro Coordinamento UO Dipendenze Regione Lombardia, (2023). PDTA per la diagnosi e il trattamento in Regione Lombardia dell'infezione da HCV nelle carceri e nei Ser.D. *Mission - Open Access*, (60). Doi: 10.3280/mis60-2022oa15188.
- The Polaris Observatory HCV Collaborators (2022). Global change in hepatitis C virus prevalence and cascade of care between 2015 and 2020: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, published online Feb 15. Doi: 10.1016/S2468-1253(21)00472-6.
- WHO (2018). Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. July.

## FeDerSerD/FORMAZIONE

EVENTO MACRO AREA NORD

**FeDerSerD**  
FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI  
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

**Lo sviluppo delle reti clinico  
assistenziali per le dipendenze**

Sala Convegni ENTERPRISE HOTEL - Milano

MILANO  
17 | 05  
2024

save the date

INFO **EXP POINT** | federserd@expopoint.it | www.federserd.it | www.expopoint.it

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

# Interventi di consulenza individuale e di gruppo per figli adulti di pazienti alcolisti. Un'esperienza clinica nell'ASST ovest Milanese

Katia Roncoletta\*, Giovanna Bielli\*\*, Nevie Covini\*\*\*, Lorenza Paponetti\*\*\*\*

## SUMMARY

■ *This article aims to examine whether prevention and intervention strategies, outlined in Services for Addiction (Ser.D.), should pay special attention to the adult children of alcoholics (ACoAs) who are individuals struggling with alcohol use disorder (AUD). Through a comprehensive review of the scientific literature, the article will explore the psychological impact of being raised in families with alcohol abuse problems, highlighting the possible negative consequences on the mental health and quality of life of children of alcoholics. In line with the Italian Ministry of Health 2022 White Paper on Alcoholism, which promotes prevention and the involvement of families in treatment programs, the Nucleo Operativo Alcologia (ASST Ovest Mi) in Legnano, Italy, has offered individual and group counseling to the ACoAs. From the consultations, the recognised needs of the ACoAs included: listening to emotions, especially anger and guilt, prevention of alcohol abuse and violent acts, psycho-health education on the mechanisms of addiction and coping. In conclusion this article highlights the importance of considering ACoAs as a priority population in addiction prevention and treatment initiatives, providing a basis for more comprehensive and inclusive health strategies. ■*

**Keywords:** *Adult Children of Alcoholics (ACoAs), Parental alcoholism, Prevention Psychoeducational group.*  
**Parole chiave:** *Figli Adulti di Pazienti Alcolisti, Alcolismo, Prevenzione Gruppo psico-educazionale.*

*Articolo sottomesso: 23/11/2023, accettato: 31/03/2024*

## Introduzione

Dopo un'attenta analisi della letteratura scientifica riguardante i figli di persone affette da Disturbo da Uso di Alcol, ci siamo chiesti se gli interventi di prevenzione citati nella mission dei Ser.D. non dovessero includere ed anzi essere primariamente indirizzati proprio a loro.

L'esperienza clinica infatti ci porta ad osservare quante volte figli di pazienti seguiti in passato, chiedono aiuto poi ai nostri servizi essi stessi con una Dipendenza Patologica o in quanto accompagnatori di un partner alcolista/tossicodipendente.

Tale esperienza clinica, supportata da diverse ricerche scientifiche, ci hanno portato ad aprire presso il NOA di Legnano uno sportello di consulenza dapprima solo individuale, poi anche grupppale rivolto a giovani figli di pazienti alcolisti.

\* Psicologa, NOA, Ser.D. ASST Ovest Milanese.

\*\* Medico, Direttore S.C. Dipendenze, ASST Ovest Milanese.

\*\*\* Biologa, S.C. Laboratorio Analisi, ASST Ovest Milanese.

\*\*\*\* Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia, Tirocinante NOA, Ser.D. ASST Ovest Milanese.

Abbiamo considerato le ultime indicazioni del Libro Bianco dell'Alcologia del Ministero della Salute 2022 quando in più punti sottolinea l'importanza della prevenzione e dell'informazione, così come il bisogno che non solo il paziente ma la sua famiglia partecipi ad un programma trattamentale.

Nel 2022 la Conferenza Nazionale Alcol che aveva come titolo "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcologia italiana" sottolineava l'importanza di:

- rafforzare la prevenzione;
- ridurre la diffusione e la gravità di danni alcol-correlati quali gli incidenti e gli episodi di violenza, gli abusi sui minori, la trascuratezza familiare e gli stati di crisi della famiglia;
- provvedere ad assicurare una migliore protezione dalle pressioni al bere per i bambini, i giovani e coloro che scelgono di astenersi dall'alcol;
- aumentare la diffusione dei metodi e strumenti per l'identificazione precoce della popolazione a rischio.

Abbiamo ritenuto che di questa popolazione a rischio facessero parte in prima istanza i figli degli alcolisti

Raccogliendo l'indicazione del Libro Bianco che sottolinea l'importanza di un approccio che coinvolga tutta la famiglia, che

nella pratica clinica spesso si limita al coinvolgimento del partner, considerando troppo complesso o non utile il coinvolgimento dei figli maggiorenni, mentre in caso di rischio per il minore si attivano i servizi di competenza in un'ottica di rete (NPI, Consulitori, TM, privato sociale).

Abbiamo voluto approfondire tramite la ricerca della letteratura sui figli ormai maggiorenni che hanno vissuto l'alcolismo in famiglia per comprendere il loro grado di bisogno, che se non hanno mostrato segni evidenti di sofferenza o mal funzionamento tanto da essere presi in carico da servizi specialistici.

## La letteratura

Negli anni '70 e '80, sono emerse le prime pubblicazioni in materia, in concomitanza con la nascita dell'organizzazione "Adult Children of Alcoholics" negli Stati Uniti.

In questi primi articoli, il termine "Children of Alcoholics (COA)" veniva utilizzato per riferirsi a tutti i bambini provenienti da famiglie con problemi legati all'alcol, mentre "Adult Children of Alcoholics (ACoA)" era riservato ai figli ormai adulti (Black, 1981).

Da allora, per oltre tre decenni, la ricerca scientifica ha messo in luce l'influenza negativa che l'alcolismo dei genitori ha sulla vita dei loro figli.

Vivere con un genitore che lotta contro l'alcol rappresenta una fonte costante di stress, con potenziali impatti dannosi sulla salute dei giovani (Windle, 1996).

I ragazzi spesso si trovano immersi in contesti familiari complessi, caratterizzati da crescenti conflitti, manifestazioni di aggressività, reciproche accuse e opposizioni. Parallelamente, vivono un senso di estraneità e impotenza, mentre vengono meno il supporto emotivo, l'affetto e la cura all'interno della famiglia (Schroeder & Kelley, 2008; Lee & Williams, 2013).

Questa dinamica familiare, priva di fiducia e intimità, e in cui spesso vigono regole non scritte che impediscono di parlare del problema presente, può contribuire a creare un ambiente disfunzionale che genera insicurezza nelle relazioni e difficoltà nel formare e mantenere legami intimi (Ólafsdóttir *et al.*, 2018). Come evidenziato da Caan (2013), i danni causati alle famiglie dall'alcolismo dei genitori possono manifestarsi in varie forme, alcune visibili e dirette, altre meno evidenti ma altrettanto rilevanti.

Si possono riscontrare costanti conflitti tra i genitori dovuti all'alcol, casi di violenza domestica e comportamenti a rischio. Possono essere presenti difficoltà finanziarie dovute alla perdita di lavoro o alla spesa eccessiva per l'alcol, separazioni dei genitori, decessi o affidamento dei bambini a terzi (Marshal, 2002). A causa delle condizioni critiche che può affrontare una famiglia con uno (o più) membri affetti da alcolismo, gli ACoA possono sviluppare un Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) (Hall & Webster, 2007).

L'infanzia degli ACoAs, oltre a quanto già menzionato in precedenza, può essere ulteriormente influenzata da un fenomeno chiamato parentificazione, *parenting* o "inversione di ruolo" (Kearney *et al.*, 2003), che sembra persistere dall'infanzia fino all'età adulta (Pasternak & Schier, 2014).

All'interno dei sistemi familiari affetti dall'alcolismo, infatti, i figli spesso assumono prematuramente il ruolo di caregiver per altri membri della famiglia, sacrificando i propri bisogni sia fisici (parentificazione strumentale, come la gestione delle finanze

familiari, la preparazione dei pasti o la cura dei fratelli minori) che emotivi (parentificazione emotiva, come essere confidenti o mediatori tra i genitori o i membri della famiglia) (Kelley *et al.*, 2007).

Da adulti, coloro che hanno vissuto in famiglie caratterizzate da inversione di ruolo spesso sperimentano un'intensa vergogna e colpa, una bassa autostima e possono andare incontro a problemi quali depressione, tendenze suicide e disturbi psicosomatici. Inoltre, anche quando ormai maggiorenni, soprattutto se continuano a vivere con un genitore alcolista, spesso si ritrovano ad assumere il ruolo di caregiver, sia a livello strumentale che emotivo, sperimentando frequentemente un profondo senso di ingiustizia (Pasternak & Schier, 2014).

Nel panorama di ricerca italiano, il CART (Centro Alcolologico Regionale – Toscana) ha realizzato uno studio naturalistico osservazionale presentato al XXII Congresso SIA nel 2011.

Tale studio evidenziava che i COAs presentano un rischio significativamente maggiore di sviluppare disturbi psichiatrici lungo tutto l'arco della loro vita rispetto ai non-COAs.

Inoltre, essi hanno ottenuto punteggi più bassi nella Scala del Benessere Psicologico (PSWB) in sei dimensioni cruciali, tra cui l'autonomia, lo sviluppo dell'ambiente, la crescita personale, le relazioni positive con gli altri, i propositi nella vita e l'accettazione (Londi *et al.*, 2011).

Nonostante le dimensioni limitate del campione impongano cautela nell'interpretazione dei risultati, studi con campioni più ampi hanno confermato e approfondito queste conoscenze.

Un rapporto del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2010) ha indicato che gli ACoA spesso riportano ansia, solitudine, perfezionismo e difficoltà nella regolazione emotiva, come la gestione della frustrazione.

I figli di genitori alcolisti sono più a rischio di sviluppare delinquenza e resistenza alle norme sociali (Kendler *et al.*, 2021) e anche più esposti al rischio di sviluppare problemi legati all'uso e all'abuso di sostanze (Thor *et al.*, 2022).

In particolare, il 40% delle persone con un solo genitore alcolista e il 54% degli individui con entrambi, sperimenta un disturbo da uso di alcol nel corso della sua vita (Yoon *et al.*, 2013).

La maggiore probabilità di sviluppare un disturbo da abuso di alcol è influenzata sia da fattori genetici per circa il 51% (Verhulst *et al.*, 2015), sia dall'ambiente in cui il bambino cresce (Kendler *et al.*, 2021).

Oltre all'utilizzo di sostanze, gli ACoAs presentano una maggiore probabilità di sposarsi in giovane età (inferiore ai 25 anni) e una maggiore probabilità di avere un coniuge affetto da Disturbo da abuso di alcol, rispetto alla popolazione generale (Salvatore *et al.*, 2019).

Va sottolineato che non tutti i figli adulti di alcolisti affrontano gli stessi problemi.

Crescere in una famiglia con problemi di alcolismo non implica necessariamente che un individuo sia destinato a sviluppare difficoltà, ma rappresenta un importante fattore di rischio.

## Il ruolo della genetica e dell'epigenetica

L'alcolismo ha una eziologia multifattoriale, fattori ambientali e genetici influiscono sulla predisposizione ad assumere alcol.

Lo stress, l'ansia e le patologie associate, sono stati spesso correlati un'umentata propensione all'alcolismo (Moonat & Pandey, 2012), e l'epigenetica, quell'insieme di meccanismi in

grado di regolare l'espressione genica senza che sia modificata la sequenza del DNA, sembra giocare un ruolo essenziale nel determinare questa propensione (Ciafrè *et al.*, 2019).

Le modificazioni epigenetiche sembrano infatti essere uno dei meccanismi attraverso cui, sia i disturbi "stress related" che il consumo alcolico inducono l'attivazione di processi intracellulari che determinano cambiamenti strutturali e funzionali nelle cellule nervose, a livello delle regioni sinaptiche.

Si ritiene che i disturbi da uso di alcol (AUD) siano parzialmente ereditari, con stime del 49% di ereditarietà e circa il 10% di varianza dovuta a fattori ambientali (Verhulst *et al.*, 2015).

La predisposizione genetica al consumo rischioso di alcol può essere ereditata da un genitore alcolista (Heath *et al.*, 1997), con polimorfismi a singolo nucleotide (SNP) correlati alla dipendenza, alla salute mentale e ai geni dell'infiammazione che potenzialmente svolgono un ruolo nel meccanismo sottostante che determina il rischio o la resilienza (Kranzler *et al.*, 2019).

## Le consulenze presso il NOA di Legnano

Le consulenze individuali rivolte ai figli sono iniziate nell'ottobre 2020, partendo dalla richiesta di sostegno da parte di due sorelle di 18 e 27 anni, che accompagnavano al servizio la madre.

L'apertura del servizio verso i figli è stata comunicata tramite una brochure distribuita ai servizi del territorio (CPS, Consulteri, NPI) e agli altri ambulatori per le dipendenze dando il via ad una collaborazione in rete.

Dati complessivi delle consulenze nel periodo ottobre 2020-luglio 2023:

I figli che hanno ricevuto almeno una consulenza psicologica sono stati 31, con un range di età dai 16 ai 52, media di 25,22 anni. 19 di loro ha il padre alcolista, 7 la madre, 4 entrambi i genitori, 1 il patrigno.

I partecipanti al gruppo sono 13. Totale incontri di gruppo n. 80. Totale incontri di consulenza individuali 70 da un minimo di 1 ad un massimo di 7 per ciascun figlio.

I ragazzi del gruppo hanno un'età che spazia da 18 a 30 anni, con una media di 24,31 età alla prima consulenza. Il range d'età è stato deciso in équipe al fine di rendere più omogenee le problematiche affrontate e rendere più efficace l'apporto preventivo.

Tempistiche del gruppo: la cadenza e la modalità del gruppo è stata inizialmente influenzata dalle regole in tempo di pandemia. Inizialmente è stato seguito su piattaforma online settimanalmente, poi nei periodi di apertura si è svolto in modalità mista, alternando incontri in presenza e incontri da remoto. Attualmente il gruppo ha cadenza quindicinale in presenza e durata di 1 ora e mezza.

## Il Gruppo

Il gruppo è di tipo psicoeducazionale e i temi centrali affrontati sono finora stati:

### 1. Ascolto delle emozioni e delle esperienze:

- il sostegno all'espressione e allo svelamento delle emozioni connesse al rapporto con il genitore alcolista;
- espressione dei traumi, qualora ve ne siano, legati alla convivenza con il genitore dipendente;

- aiuto alla maggior considerazione dei propri obiettivi di vita;
- impotenza e lutto.

### 2. Prevenzione all'abuso alcolico nei figli e prevenzione degli atti violenti in famiglia e fuori casa:

- aiuto nella gestione di alcune emozioni soprattutto della rabbia;
- consapevolezza dei comportamenti legati alla Dipendenza e dell'influenza su tutti i familiari: menzogne, vittimismo, confusione tra trigger e cause dell'alcolismo;
- chi sono gli ACoA.

### 3. Educazione psico-sanitaria:

- spiegazione della Dipendenza come patologia, essenziale alla elaborazione di sensi di colpa, rabbia e rivendicazioni. I dati della patologia in Italia e nel mondo;
- individuazione di schemi familiari funzionali alla dipendenza e di quelli funzionali alla cura. Ricerche su famiglie e coping: coinvolgimento, tolleranza ed evitamento;
- come chiedere aiuto e creare una rete.

## Tematiche principali affrontate

I primi incontri di gruppo sono state per ogni ragazzo un'esplosione di emozioni: rabbia, impotenza, ansia e senso di colpa.

Tutte le emozioni sono importanti, ma ci soffermiamo molto sulla rabbia per le numerose volte che viene nominata nei colloqui. La rabbia viene vissuta e gestita a fatica, a volte in modo funzionale, altre volte meno. I figli si chiedono se provare rabbia ed agire la violenza sia normale.

Quando a causa dell'alcol l'aggressività prende il posto di una sana comunicazione, è facile passare agli agiti e la rabbia diventa violenza, talvolta da entrambe le parti, genitori e figli. Il dolore della violenza non si placa in breve tempo e si somma al disagio o al senso di colpa del giorno dopo.

Anche se la violenza di un figlio è agita in modo difensivo non è portatrice di benessere. Il confronto nel gruppo aiuta a prevedere gli agiti, cogliere i segni premonitori dell'aggressività e cercare in ogni modo l'evitamento e l'aiuto.

Insieme i figli diventano più consapevoli dei meccanismi della rabbia e del fatto che covarla dentro di sé in solitudine, porta a stress crescente e a profondo disagio.

Può sfuggire al controllo e trasformarsi in impulsività aggressiva, sempre controproducente.

La sensazione di liberazione e di sfogo adrenalinico, provata nell'immediato, svanisce in poco tempo lasciando il posto al senso di inadeguatezza, colpa e purtroppo a volte anche a nuovi problemi da affrontare per le conseguenze del gesto.

Se si decide di non sfogarla, talvolta la si custodisce in modo quasi geloso dentro di sé per anni, si prova vergogna per un'emozione che non si vorrebbe sentire. Il rischio è che, sfoci in uno sfogo violento in tempi e circostanze non sospette circostanze che hanno però un aspetto in comune con gli eventi che la rabbia la facevano crescere. Ecco che lo sfogo arriva con le persone sbagliate: partner, amici o con il capo al lavoro.

La rabbia può essere comprensibile. È scatenata dalla forte convinzione di star subendo un'ingiustizia.

Nel gruppo i figli si aiutano reciprocamente ad incanalare l'energia emotiva, anche della rabbia, per raggiungere un obiettivo personale. Ad esempio trasformando la rabbia e la paura della precarietà vissuta, in una volontà di studiare e raggiungere per sé una posizione sociale solida.

Anche la assoluta inattività del genitore alcolista, può essere letta come una violenza passiva. «Non faccio del male a nessuno quando bevo».

La maggior parte dei figli che vivono situazioni simili esprimono pensieri depressivi legati al fatto di non essere degni dell'attenzione del genitore, non abbastanza bravi o capaci. Il mancato ruolo di padre o madre, scatena nei figli da un lato una profonda preoccupazione per il benessere del genitore e il suo atteggiamento di ritiro sociale o depressivo, dall'altro provoca rabbia crescente per le carenze percepite conseguenti a questa passività.

I sensi di colpa possono essere successivi a pensieri di accusa verso se stessi, per non essere stati i figli desiderati, all'altezza delle aspettative dei genitori quindi, in qualche modo, colpevoli anche dell'alcolismo in famiglia. Ecco alcuni stralci dalle consulenze:

“Mio padre mi ha adottato, mi ha dato il suo cognome, come posso non correre ogni volta che mi chiama? Gli sarò sempre debitrice. Come posso non aiutarlo economicamente? Sì è vero che adesso usa i soldi per l'alcol e la cocaina, ma se non avesse dovuto occuparsi anche di me magari avrebbe avuto una vita più bella” (A. 27 anni). “Mia madre prima beveva, ma non stava così male. Dopo la mia nascita è diventata sempre più apatica. Io le ho dato troppo da fare e così ha aumentato l'assunzione di alcol” (F. 19 anni).

Affrontare la Dipendenza come una patologia, non causata da un'altra persona, aiuta ad attenuare o a far decadere completamente nei figli i sensi di colpa sull'origine o sull'aggravarsi dell'alcolismo del genitore.

Più tematiche riprendono la descrizione che Janet Geringer Woititz (1983) fa degli ACoA, tra le 13 caratteristiche da lei individuate queste sono quelle maggiormente riprese dai ragazzi nel gruppo:

1. giudicarsi senza pietà e far fatica a divertirsi;
2. mentire;
3. irresponsabilità;
4. difficoltà nelle relazioni intime, in particolare sottolineata la codipendenza;
5. l'ipervigilanza;
6. chiedersi cosa è normale.

Due tematiche sono comuni a tutti i figli cui abbiamo fatto consulenze, sia individuali che di gruppo: l'ansia generalizzata, pervasiva e i traumi, in taluni casi fino a giustificare un Disturbo Post Traumatico da Stress (Dayton, 2012).

Se l'alcolismo viene vissuto in famiglia dai figli in età infantile, il trauma prende il via dal sentimento di essere preso in trappola in un mondo che spaventa. In quel momento chi è causa del trauma è un genitore, proprio colui che è deputato a proteggere e supportare il figlio.

Seguendo il suggerimento di Dayton proviamo a guardare con gli occhi di un bambino. È un doppio colpo: ha paura ed è spaventato dalla persona da cui dovrebbe ricevere conforto e protezione e dalla quale magari, nei momenti di sobrietà, tale sostegno lo riceve davvero.

La confusione emotiva è altissima. La gravità del trauma viene influenzata da diversi fattori, sia ambientali che interni, legati alle risorse del bambino. Può quel bambino scappare dalla situazione stressante? Ha un supporto esterno? Ha anche un modello diverso di relazione affettiva? Ha vicino qualcuno che riesce a leggere la realtà in modo più oggettivo e informato? Per quanti anni si è protratto l'alcolismo del genitore? Che

età aveva il bambino quando ha iniziato a vivere le situazioni traumatiche scatenate dall'alcolismo e quale era il suo livello di sviluppo psico-fisico?

Il trauma permane anche quando crescendo si lascia la famiglia d'origine e si pensa che non vivendo più direttamente a contatto con l'alcolista, questo non possa oltremodo influenzare. Più figli infatti raccontano di essere andati a vivere altrove con un grande senso di liberazione, ma che ciò sia durato poco. Se non aiutati, il pattern cognitivo-comportamentale, oltre che emotivo, rimane lo stesso e i giovani si sono ritrovati a correre ancora alla casa genitoriale appena succedeva qualcosa, e a telefonare in ansia, e ad occuparsi dei fratelli minori rimasti con il genitore alcolista.

Oppure senza esserne consapevoli, i trigger del trauma rimangono e sono presenti anche nelle nuove relazioni affettive iniziate da adulti.

Dei 31 figli che hanno usufruito delle consulenze, 21 convivono con il pz alcolista, 6 sono fuori casa (una figlia va a convivere con il partner durante la frequenza al gruppo), 3 conviventi con il genitore sobrio in seguito a separazione, 1 ragazza rientrata a casa dalla madre alcolista per perdita di lavoro.

Tutti i sintomi individuati da Tian Dayton vengono più volte riscontrati nei figli che chiedono consulenza nella nostra ASST, ovvero:

- l'ipervigilanza: gli ACoA sono spesso molto vigili, all'erta riguardo la famiglia, l'ambiente di lavoro e le relazioni. Ciò diventa un meccanismo di coping autoprotettivo;
- i requisiti di controllo: crescere in un mondo senza regole può portare a un'estrema focalizzazione sul controllo del loro comportamento attuale, così come del comportamento di coloro che li circondano. Questo può sfociare in problemi relazionali con i partner;
- la difficoltà nella gestione delle emozioni: crescere con un genitore alcolista significa imparare a nascondere i propri sentimenti e stati emotivi, specialmente quelli che vengono letti come negativi, come tristezza, rabbia, imbarazzo, frustrazione o vergogna. A volte è difficile gestire anche quelli positivi;
- la bassa autostima: gli ACoA si possono sentire a disagio con il riconoscimento o la lode, quand'anche fosse quello che stanno cercando. Possono essere molto sensibili a qualsiasi tipo di critica o feedback negativo percepito;
- problemi di salute fisica e mentale: come con qualsiasi tipo di trauma o fatica prolungata, una cattiva
- routine di auto-cura e l'isolamento possono portare a problemi di salute fisica e mentale persistenti.

## Discussione e conclusioni

Le osservazioni cliniche sulla base della nostra esperienza di 2 anni e 10 mesi, ci permettono di meglio definire la progettazione di interventi ad hoc per i figli delle persone con Dipendenze Patologiche anche in altri Dipartimenti per le Dipendenze.

Nel corso delle consulenze e degli incontri di gruppo, in più occasioni i giovani hanno dimostrato di optare per la rinuncia a facili e impulsive soluzioni violente, verbali o fisiche come nel passato, sono più consapevoli di considerare e trattare l'alcolismo e la tossicodipendenza come patologie e



da ciò ne deriva minor senso di colpa e minor tendenza al controllo.

Il confronto tra pari e l'utilizzo della mindfulness ha portato i ragazzi a porre dei limiti negli interventi poco funzionali frutto dell'ansia. I figli gradualmente apprendono a distinguere quei meccanismi familiari che pretendono a mantenere la patologia da quelli più utili alla risoluzione di essa.

La conoscenza di base del ruolo della genetica e dell'epigenetica nei fenomeni di dipendenza, li ha fatti riflettere e confrontare sulle proprie scelte riguardo alle sostanze psicoattive, portando a comportamenti preventivi adeguati.

La conoscenza dei servizi, del privato sociale e delle associazioni che si occupano di alcolismo sul territorio li ha aiutati a creare una rete di sostegno, invece che vivere la situazione familiare nella solitudine e nella vergogna.

La sollecitazione a pensare anche ai propri obiettivi ha modificato nella pratica alcune scelte: dal voler lasciare la scuola al terzo anno delle superiori al continuare verso il diploma, dall'interruzione del percorso universitario a causa dell'ansia alla ripresa degli studi, dal procrastinare l'allontanamento dalla casa genitoriale per le ricadute della madre all'inizio di una convivenza con il partner. Inoltre tutti riferiscono maggior serenità ed equilibrio nell'affrontare le problematiche soprattutto per il discernimento di ciò che è loro responsabilità e cosa no.

La consulenza ai figli sta quindi avendo un ruolo fondamentale nella prevenzione verso:

1. l'abuso alcolico e di sostanze, con il fine di interrompere la catena generazionale;
2. gli atti di violenza verbale e fisica;
3. gli stati ansiosi.

## Riferimenti bibliografici

Black C. (1981). *It will never happen to me*. Denver. CO: MAC.

Caan W. (2013). Alcohol and the family. *Contemporary Social Science*, 8(1): 8-17. Doi: 10.1080/21582041.2012.745594.

Ciafrè S., Carito V., Ferraguti G., Greco A., Chaldakov G.N., Fiore M., Ceccanti M. (2019). How alcohol drinking affects our genes: an epigenetic point of view. *Biochemistry and Cell Biology*, 97(4): 345-356. Doi: 10.1139/bcb-2018-0248.

Dayton T. (2012). The ACOA trauma syndrome: The impact of childhood pain on adult relationships. *Health Communications*, Inc.

Hall C.W., Webster R.E. (2007). Multiple stressors and adjustment among adult children of alcoholics. *Addiction Research & Theory*, 15(4): 425-434. Doi: 10.1080/16066350701261865.

Heath A.C., Bucholz K.K., Madden P.A.F., Dinwiddie S.H., Slutske W.S., Bierut L.J., ... Martin N.G. (1997). Genetic and environmental contributions to alcohol dependence risk in a national twin sample: consistency of findings in women and men. *Psychological medicine*, 27(6): 1381-1396. Doi: 10.1017/S0033291797005643.

Kearney P., Levin E., Rosen G. (2003). *Alcohol, drug and mental health problems: working with families*.

Kelley M.L., French A., Bountress K., Keefe H.A., Schroeder V., Steer K., ... & Gumienny L. (2007). Parentification and family responsibility in the family of origin of adult children of alcoholics. *Addictive behaviors*, 32(4): 675-685. Doi: 10.1016/j.addbeh.2006.06.010.

Kendler K.S., Ohlsson H., Sundquist J., Sundquist K. (2021). The rearing environment and the risk for alcohol use disorder: a Swedish national high-risk home-reared v. adopted co-sibling

control study. *Psychological medicine*, 51(14): 2370-2377. Doi: 10.1017/S0033291720000963.

Kranzler H.R., Zhou H., Kember R.L., Vickers Smith R., Justice A.C., Damrauer S., ... Gelernter J. (2019). Genome-wide association study of alcohol consumption and use disorder in 274,424 individuals from multiple populations. *Nature communications*, 10(1): 1499. Doi: 10.1101/527929.

Lee H., Williams R.A. (2013). Effects of parental alcoholism, sense of belonging, and resilience on depressive symptoms: A path model. *Substance use & misuse*, 48(3): 265-273. Doi: 10.3109/10826084.2012.754899.

Londi I., Cosci F., Patussi V., Sirigatti S. (2011). Caratteristiche di stato e di tratto dei figli degli alcolisti. Risultati preliminari di uno studio naturalistico-osservazionale, XXII Congresso SIA Torino.

Marshall J.E. (2002). Alcohol and society. In: W. Caan & J. de Belleruche (Eds.). *Drink, drugs and dependence: From science to clinical practice* (pp. 82-92). Routledge. Doi: 10.4324/9780203219812.

Ministero della salute (2022). *Il libro bianco. Gruppo redazionale del tavolo tecnico*.

Moonat S., Pandey S.C. (2012). Stress, epigenetics, and alcoholism. *Alcohol research: current reviews*, 34(4): 495.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2010). Parenting to prevent childhood alcohol use (NIH Publication No. 10-7467). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. [www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/Parenting\\_To\\_Prevent\\_Childhood\\_Alcohol\\_Use\\_1.pdf](http://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/Parenting_To_Prevent_Childhood_Alcohol_Use_1.pdf).

Ólafsdóttir J., Hrafnadóttir S., Orjasniemi T. (2018). Communication and cohesion among family members of individuals with substance use disorder in Iceland with a focus on adult children of addicts. *Journal of Drug and Alcohol Research*, 7, 236061. Doi: 10.4303/jdar/236061.

Pasternak A., Schier K. (2014). Psychological birth – the separation-individuation process among female Adult Children of Alcoholics. *Alcoholism and Drug Addiction*, 27(4): 305-318. Doi: 10.1016/S0867-4361(14)70022-7.

Raitasalo K., Holmila M., Jääskeläinen M., Santalahti P. (2019). The effect of the severity of parental alcohol abuse on mental and behavioural disorders in children. *European child & adolescent psychiatry*, 28: 913-922. Doi: 10.1007/s00787-018-1253-6.

Salvatore J.E., Larsson Lönn S., Long E.C., Sundquist J., Kendler K. S., Sundquist K., Edwards A.C. (2019). Parental alcohol use disorder and offspring marital outcomes. *Addiction*, 114(1): 81-91. Doi: 10.1111/add.14405.

Schroeder V.M., Kelley M.L. (2008). The influence of family factors on the executive functioning of adult children of alcoholics in college. *Family Relations*, 57(3): 404-414. Doi: 10.1111/j.1741-3729.2008.00509.x.

Thor S., Hemmingsson T., Danielsson A.K., Landberg J. (2022). Fathers' alcohol consumption and risk of substance-related disorders in offspring. *Drug and alcohol dependence*, 233, 109354. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2022.109354.

Verhulst B., Neale M.C., Kendler K.S. (2015). The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological medicine*, 45(5): 1061-1072. Doi: 10.1017/S0033291714002165.

Windle M. (1996). Effect of parental drinking on adolescents. *Alcohol Health and Research World*, 20(3): 181.

Woititz J.G. (1983). Adult children of alcoholics: Expanded edition. *Health Communications*, Inc.

Yoon G., Westermeyer J., Kuskowski M.A., Nesheim L. (2013). Impact of the number of parents with alcohol use disorder on alcohol use disorder in offspring: a population-based study. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(8), 8624.

# The HBV/HDV screening and linkage to care in drug users: A therapeutic diagnostic pathway (PDTA)

Felice Alfonso Nava\*, Loreta A. Kondili\*\*

## SUMMARY

■ *The infectious diseases are an important comorbidity in drugs users and a health warning. Today only a few percentages of drug users are subjected to screening for hepatitis and human immunodeficiency virus (HIV).*

*In the recent years an effort has been made in drug users for the elimination of hepatitis C virus (HCV). Unfortunately, several barriers are now limiting the achievement of the goal of HCV elimination, as suggested by WHO.*

*Drug users are people highly at risk to contract HBV and HDV infections. Only a few percentages of drug users receive HBV/HDV treatments, although they are effective and safe. The lack of treatment for drug users may be due to several factors. The main is that only a few percentages of drug users are tested for HBV and linked to treatment.*

*The principal aim of this work is to define a therapeutic diagnostic pathway (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – PDTA) able to favorite HBV/HDV screening and linkage to care in drug users. ■*

**Keywords:** *Hepatitis D virus (HDV), Hepatitis B virus (HBV), Drug users, Harm reduction, Bulevirtide.*

## Introduction

Approximately 587 million people are infected with chronic HBV infection and 62-72 million chronically infected with HDV (Botelho-Souza, Vasconcelos, 2017). Several people are at risk of HBV infection: people that come from endemic areas, intravenous drug users (IDUs), men who have sex with men, individuals with human immunodeficiency virus (HIV) or hepatitis C (HCV) and patients with multiple sexual partners (Kushner *et al.*, 2015; Lempp *et al.*, 2016; Perez-Vargas *et al.*, 2019; Shih *et al.*, 2008).

The evidence suggests that drug users are commonly exposed to hepatitis B virus (HBV) and hepatitis D virus (HDV) (Aguilera *et al.*, 2018; Chen *et al.*, 2017; Hsieh *et al.*, 2016; Lu *et al.*, 2021; Mahale *et al.*, 2018; Vlachogiannokos, Papatheodoridis, 2020). The Italian epidemiological data indicate that only a few percentages of drug users inside the Drug Abuse Services (Servizi per le Dipendenze – SerDs) are subjected to HBV screening. In particular, the data suggest that inside SerDs only the 25.1% of drug users are tested for HBV and of them only the 2.4% were positive (Italian report on drug dependence at Parliament, 2023). Moreover, there no data on the prevalence of HBV vaccination in drug users inside SerDs.

\* *Drug Abuse Center, Public Health Care Service AULSS 9 Scaligera, Verona, Italy.*

\*\* *Center for Global Health, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italy.*

Worldwide the epidemiology of HDV infection is yet largely unknown. In Italy the prevalence of HDV is 3.2.% between the HBsAg positive subjects and 9.3% between the patients with chronic hepatitis B (Coco *et al.*, 2022). In Italy there are not data on the prevalence of HDV in drug users.

Drug users share several risk factors to contract HBV and HDV infections. Most of them are coming from endemic areas such as South Europe, South Africa and North America (Taylor *et al.*, 2013), most are IVDUs (Hercun *et al.*, 2020), some are practitioners of high-risk sexual behaviors (HRSBs) (Lin *et al.*, 2015; Stockdale *et al.*, 2020), some others are human immunodeficiency virus-positive (Stockdale *et al.*, 2020), and others are (or were) incarcerated with a more elevated risk to contract infection diseases for the promiscuous conditions of life inside prisons (Grigolin *et al.*, 2021; Nava *et al.*, 2021; Simpson, 2019). Today, there are some important and effective options for the treatment of HBV and HDV infections but several barriers are now limiting these treatments in drug users. The first is the low percentage of drug users subjected to screening and linkage to care; the second is the lack of knowledge of HDV between specialists working inside SerDs; the third is the lack of support of the patients on treatment persistence and adherence.

The treatment of HBV and HDV positive drug users is an essential action of public health able to limit the spread of the infections in general population.

The principal aim of this work is – starting from the main international guidelines/recommendations – to propose a therapeutic diagnostic pathway (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – PDTA) for the treatment of HBV and HDV infections in drug users.

## Aims of the PDTA

The therapeutic diagnostic pathway (PDTA) is a tool of clinical governance that allow the definition of the best practicable pathways within the health organization and the network in which it is inserted.

The aim of this PDTA is to guarantee inside SerDs the:

- early detection of HBV and HDV infections in drug users;
- diagnosis;
- linkage to care;
- treatment persistence and adherence;
- follow up and the harm reduction.

## Stages of PDTA

### A. The early detection of HBV and HDV infections

Drug users are at risk to contract infectious diseases. All drug users should be subjected to screening for HBV (including for HCV and HIV) at service admission, every 6 months and at each risk behavior. The principal goal of the screening is the early detection of the HBV/HDV disease.

#### Early detection: red flag

Elevated transaminase: test for HBV, HCV, HAV;  
No HBV vaccination: test and vaccine, if necessary.  
Priority screening for infection diseases and harm reduction action should be reserved for IVDUs.

The HBV screening should be proposed to all drug users through a blood sampling and in hard-to-reach people through a rapid test.

The screening should be associated in drug users with:

- motivational counseling;
- educational training (e.g. Informative booklet about infectious diseases);
- risks behavior diary.

The first line HBV tests for drug users are (Aghemo *et al.*, 2023; Buti *et al.*, 2023; EASL, 2017; 2021):

- Hepatitis B surface antigen (HBsAg);
- Hepatitis B surface (anti-HBs);
- Antibody to hepatitis B core antigen (anti-HBc).

The above tests are needed to evaluate the characteristics of HBV disease.

#### Interpretation of hepatitis serologic test

##### Hepatitis B surface antigen (HBsAg)

The body normally produces antibodies to HBsAg as part of the normal immune response to infection. The HBsAg is a protein on the surface of hepatitis B virus that can be detected in high levels in serum during acute or chronic hepatitis B virus infection. The presence of HBsAg indicates that the person is infectious. HBsAg is the antigen used to make HepB vaccine

##### Hepatitis B surface antibody (anti-HBs)

The presence of anti-HBs is generally interpreted as indicating recovery and immunity from hepatitis B virus infection. Anti-HBs also develops in a person who has been successfully vaccinated against hepatitis B. Among vaccine responders who completed a vaccine series, anti-HBs levels can decline over the time, however the majority are still immune and will mount a response when exposed to HBV.

#### Antibody to hepatitis B core antigen (anti-HBc)

Appears at the onset of symptoms in acute hepatitis B, is a measure of both IgM and IgG, and persist for life. The presence of total anti-HBc indicates previous or ongoing infection with hepatitis B virus in an undefined time frame. People who have immunity to hepatitis B from a vaccine do not develop anti-HBc.

The HBV test should be integrated in all drug users with HIV, HAV and HCV tests.

### B. Diagnosis

The HBV positive patients should be subjected to further diagnostic work-up by infectious disease specialists. The virological and the disease evaluation is an essential step to characterize HBV and/or HDV disease (Aghemo *et al.*, 2023; Buti *et al.*, 2023; EASL 2017; 2021; Negro, Loks, 2023; Niro *et al.*, 2021; Schaper *et al.*, 2010).

The aim of the virological evaluation is to characterize the replicative profile of HBV and HDV. All HBsAg positive patients should be tested with anti-HDV (IgG + IgM), at least once during their clinical history. In case of anti-HDV positive is recommended the HDV-RNA quantitative test. Contextually is recommended the virological characterization of HBV (HBsAg quantitative, HBeAg, anti-HBe, HBV quantitative), because in some cases HDV may suppress HBV replication. The characterization of HDV may be completed by HDV genotype.

The monitoring of HDV patients is made with HDV-RNA quantitative test, once a year in patients that are not in treatment and every 2-4 months during treatment.

#### Interpretation of hepatitis serologic test for virological evaluation

##### Antibody to HDV

Negative results indicate the absence of HDV infection and no past exposure to HDV. A positive anti-HDV associated with a positive HDV-RNA defines a chronic HDV infection.

##### HDV-RNA quantitative

HDV RNA levels may help to identify the subgroup of patients with less or more progressive liver disease.

##### Hepatitis B surface antigen (HBsAg) quantitative

Quantification of serum hepatitis B antigen (HBsAg) is an important test that marks active infection with hepatitis B and helps in the prediction of the clinical outcome and management of hepatitis B virus (HBV) infection.

##### Antibody to HBeAg

An *anti-HBe* test that is non-reactive (negative) may mean the infection is very recent and viral replication has not yet peaked.

The aim of HBV and/or HDV disease evaluation is to define the stage of fibrosis, the prognosis, the indication for therapy, the Hepatocellular Carcinoma (HCC) surveillance and the management of portal hypertension. The disease evaluation is made through hematological tests (blood count, AST/ALT, GGT, alkaline phosphatase, direct and indirect bilirubin, prothrombin time or INR, protein electrophoresis, albumin, creatinine); abdominal ultrasonography; and fibrosis assessment (with Fibroscan and APRI or FB4).

### APRI score

The APRI score measures the amount of fibrosis in the liver. The formula for the APRI score is  $[(AST/upper\ limit\ of\ the\ normal\ AST\ range) \times 100]/Platelet\ Count$ . The score is less than or equal to 0.5, the liver is either completely free of fibrosis or has a tiny bit of scarring. If the APRI score is more of 1.5 or greater the liver has scarring and likely some cirrhosis.

### FB4 score

The FB-4 is noninvasive diagnosis of hepatic fibrosis. The formula for FIB-4 is:  $Age\ ([yr] \times AST\ [U/L]) / ((PLT\ [10^9/L]) \times (ALT\ [U/L])^{(1/2)})$ . Using a lower cutoff value of 1.45, a FIB-4 score <1.45 had a negative predictive value of 90% for advanced fibrosis (Ishak fibrosis score 4-6 which includes early bridging fibrosis to cirrhosis). In contrast, a FIB-4 >3.25 would have a 97% specificity and a positive predictive value of 65% for advanced fibrosis.

Both virological and disease evaluation are elements able to characterize the HBV infection (Aghemo *et al.*, 2023; Buti *et al.*, 2023).

### Natural history of chronic HBV

	<i>Phase 1 Chronic infection HBeAg+</i>	<i>Phase 2 Chronic hepatitis HBeAg+</i>	<i>Phase 3 Chronic infection HbeAg-</i>	<i>Phase 4 Chronic epatitis HBeAg-</i>
HBsAg	High	High/Intermediate	Low	Intermediate
HBeAg	Positive	Positive	Negative	Negative
HBV DNA	>10 <sup>7</sup> IU/ml	10 <sup>4</sup> -10 <sup>7</sup> IU/ml	<2.000 IU/mL*	>2.000 IU/mL
ALT	Normal	High	Normal	High**
Liver damage	Any/Minimal	Moderate/Severe	Any	Moderate/Severe

\* The level of HBV DNA may be between 2.000 and 20.000 UI/ml in some patients with no chronic hepatitis.

\*\* Persistent or intermittent.

EASL, 2017

The diagnosis should be associated in drug users with:

- disease counseling;
- individual and community prevention.

### C. Linkage to care and treatment

The HBV and HDV patients should be referred to specialists for treatment (Aghemo *et al.*, 2023; Buti *et al.*, 2023; Degaspero *et al.*, 2022; De Lédighen *et al.*, 2022; EASL 2017; 2021; Fontaine *et al.*, 2022; Lampertico *et al.*, 2022; Loglio *et al.*, 2022; Wedemeyer *et al.*, 2022).

#### Treatment options for HBV infections

- PEG-INFa inhibits replication. The efficacy of treatment is limited and, in some cases, there are important side effects. The treatment is usually for 48 weeks.
- Nucleoside analogues act by inhibition of HBV polymerase activity resulting in decrease of viral replication. They are administered orally, and most of them have an excellent tolerance and safety profile. They are for most of patients the first line treatment and they may be administered also for several years.

#### Treatment options for co-infection HBV/HDV

- Bulevirtide blocks the entry of HBV and HDV into hepatocytes by binding to and inactivating NTCP, a bile salt liver transporter serving as essential HBV/HDV entry receptor. The duration of treatment is yet unknown and it is recommended if a clinical benefit as measured by a decrease viral load (virological response) and/or normalization of ALT values (biochemical response).

The linkage to care should be associated in drug users with:

- therapy monitoring and counseling (focus on adherence and persistence);
- therapy and follow-up diary.

### D. Follow up and harm reduction

In drug users the follow up able to reduce relapse in drug use and re-infection include serological tests and harm reduction measures.

#### Follow up post treatment

- After discontinuation of PEG-INFa and/or nucleoside analogues: HBV DNA, ALT and liver function for several years (risk of infection reactivation);
- After discontinuation of Bulevirtide: HBV DNA, HDV RNA, ALT and liver function for several years.

#### Harm reduction measures

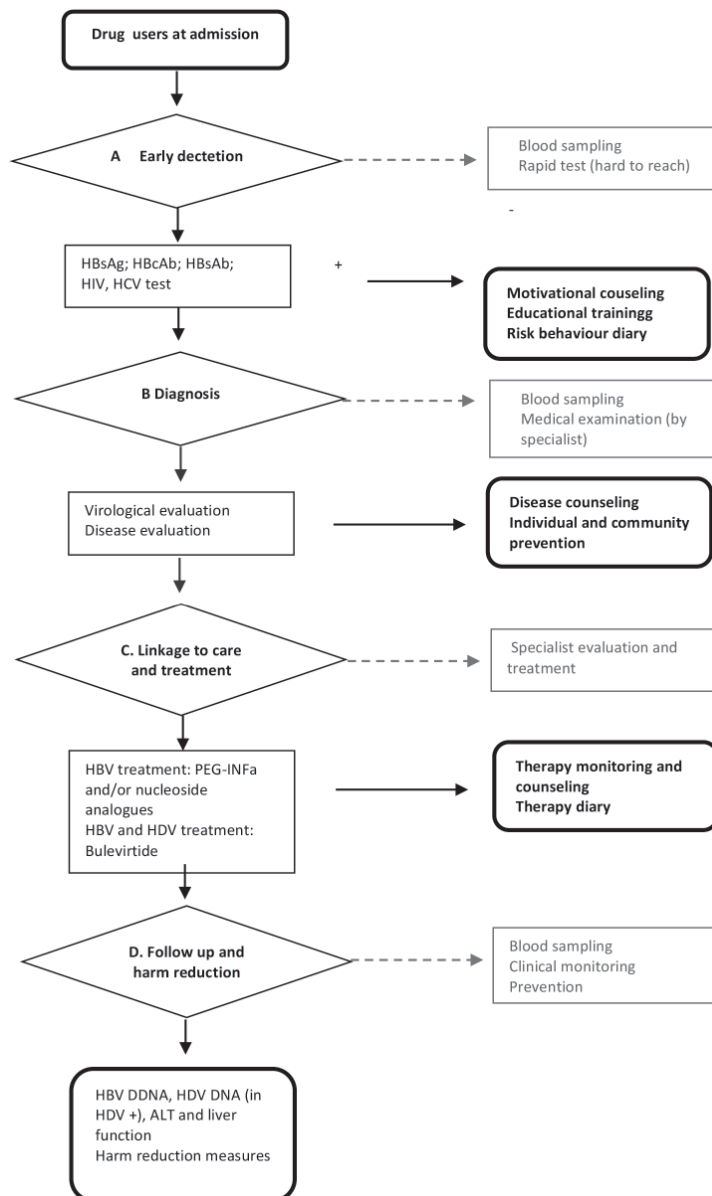
- Needle and syringe programs;
- Agonist therapy and other drug dependence treatment;
- HIV, HAV, HBV, HCV, and HDV (in HBV +) testing and counseling;
- Treatment for infectious diseases for those who are eligible to receive it;
- Package of harm reduction services:
  - Prevention and treatment of sexually transmitted infections (STIs)

- Condom programs for IDUs and their sexual partners;
- Targeted information, education, and communication (IEC) for IDUs and their sexual partners;
- Vaccination, diagnosis, and treatment of viral hepatitis;
- Prevention, diagnosis, and treatment of tuberculosis (TB).

During HBV and HDV treatment the focus on harm reduction is on:

- Treatment compliance;
- Prevention of re-infection.

Fig. 1



## Conclusion

Today, most of drug users are excluded from HBV and HDV treatment for several reasons that are the lack of patient's support to treatment persistence and adherence. Moreover, a barrier for the HBV/HDV treatment in drug users is the "believe"

that the parenterally therapies for HBV/HDV may induce craving and relapse in drug use.

The present PDTA define the patient's clinical course of drug users with HBV/HDV infections, starting from assessment and staging, up to the aspects of treatment, stabilization, and follow up to facilitate screening and treatment and to promote in the treatment persistence and adherence.

This PDTA represent the first tentative to create a PDTA for drug users for the access to HBV/HDV treatment and to support the clinicians inside SerDs as guide in the steps of the patient's journey of drug users with HBV and HDV infection.

## References

- Aghemo A., Andreoni M., Gaeta G.B. *et al.* (2023). Indicazioni operative AISF and SIMIT per la diagnosi e la gestione clinica del paziente affetto da epatite delta. [www.simit.org/images/news/Documento%20AISF-SIMIT%20Epatite%20Delta.pdf](http://www.simit.org/images/news/Documento%20AISF-SIMIT%20Epatite%20Delta.pdf).
- Aguilera A., Trastoy R., Barreiro P., Costa J.J., de Mendoza C., Pena J.M., Soriano V. (2018). Decline and changing profile of hepatitis delta among injection drug users in Spain. *Antivir. Ther.*, 23(1): 87-90.
- Botelho-Souza L.F., Vasconcelos M.P.A., Dos Santos A.O., Salcedo J.M.V., Vierira D.S. (2017). Hepatitis delta: virological and clinical aspects. *Viol. J.*, 14: 177.
- Buti M., Gonzalez A., Riveiro-Barciela M., Bourliere M. (2023). Management of chronic HBV-HDV patients chronic HBV-HDV infection: a review on new management options. *United European Gastroenterol. J.* Doi: 10.1002/ueg2.12494.
- Chen F., Zhang J., Guo F., Wen B., Luo S., Yuan D., Lin Y., Ou W., Tang P., Dai G., Li F., Liu W., Qu X. (2017). Hepatitis B, C, and D virus infection showing distinct patterns between injection drug users and the general population. *J. Gastroenterol. Hepatol.*, 32(2): 515-520.
- Coco B., Tosti M.E., Raimondo G. *et al.* (2022). Epidemiological, virological and clinical profile of HBsAg positive individuals in Italian hospital settings; interim results of the HBV/HDV PIR cohort. *Dig. Liv. Dis.*, 54(suppl1): S15-S16.
- Degasperi E., Anolli M.P., Colonna S. *et al.* (2022). SAT429 – Bulevirtide monotherapy for 48 weeks in HDV patients with compensated cirrhosis and clinically significant portal hypertension. *J. Hepatol.*, 77: S868.
- De Lédighen V., Metivier S., Bardou-Jacquet E. *et al.* (2022). SAT373 – Treatment with bulevirtide in patients with chronic HBV/HDV coinfection. Safety and efficacy at month 18 in real-world setting. *J. Hepatol.*, 77: S840.
- European Association for the Study of the Liver. EASL (2017). Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J. Hepatol.*, 67: 370-398.
- European Association for the Study of the Liver (2021). Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis – 2021 update. *J. Hepatol.*, 75: 659-689.
- Fontaine H., Fougerou-Leurent C., Gordien E. *et al.* (2022). OS093 – Real life study of bulevirtide in chronic hepatitis delta: preliminary results of the ANRS HD EP01 BuleDelta prospective cohort. *J. Hepatol.*, 77: S72.
- Grigolin V., De Mari M., Dinelli E., Marcolongo L., Montalto S., Padovan G.B., Pojani G., Zorzi F., Orcamo P., ava F.A. (2021). Prison health is a public health. Management of Sars-CoV-2 outbreak in an Italian prison. *Italian Quarterly Journal of Addiction (Mission)*, 55: 32-35.
- Hercun J., Koh C., Heller T. (2020). Hepatitis delta: prevalence, natural history, and treatment options. *Gastroenterol. Clin. North Am.*, 49: 239-252.
- Hsieh M.H., Wang S.C., Hsieh M.Y., Huang C.F., Yeh M.L., Yang J.F. *et al.* (2016). Hepatitis D virus infectious among injecting drug users with and without human immunodeficiency virus infection in Taiwan. *Kaohsiung J. Med. Sci.*, 31(109): 526-530.

- Kushner T., Serper M., Kaplan D.E. (2015). Delta hepatitis within the Veterans Affairs medical system in the United States: prevalence, risk factor, and outcomes. *J. Hepathol.*, 63: 586-592.
- Lampertico P., Roulot D., Wedemeyer H. (2022). Bulevirtide with or without peg-INFa for patients with compensated chronic hepatitis Delta: from clinical trials to real life studies. *J. Hepathol.*, 77(5): 1422-30.
- Lempp F.A., Ni Y., Urban S. (2016). Hepatitis delta virus: insight into a peculiar pathogen and novel treatment options. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepathol.*, 13: 580-589.
- Lin H.H., Lee S.S., Yu M.L., Chang T.T., Su C.W., Hu B.S., Chen Y.S., Huang C.K., Lai C.H., Lin J.N., Wu J.C. (2015). Changing hepatitis D virus epidemiology in a hepatitis B virus endemic area with a national vaccination program. *Hepatology*, 61: 1870-1879.
- Loglio A., Ferenci P., Uceda Renteria S.C. et al. (2022). Safety and effectiveness of up 3 years' bulevirtide monotherapy in patients with HDV-related cirrhosis. *J. Hepathol.*, 76(2): 464-469.
- Lu M.Y., Chen C.T., Shih Y.L., Tsai P.C., Hsieh M.H., Huang C.F. et al. (2021). Changing epidemiology and viral interplay of hepatitis B, C and D among injecting drug users-dominant prisoners in Tawian. *Sci. Rep.*, 11(1): 8554.
- Mahale P., Aka P.V., Chen X., Liu P., Wang A.S., Simenel S., Tseng F.C., Chen S., Edlin B.R., Glenn J.S., O'Brien T.R. (2018). Hepatitis D viremia among injecting drug users in San Francisco. *J. Infect. Dis.*, 217: 1902-1906.
- Nava F.A., Bassetti G., Cristofolletti M., Fornaini M., Geraci R., Paties M., Poggi C., Tolio S., Pileri C. (2021). Hepatitis delta is a public health concern in the community setting: the role of prison health care units in limiting the spread of infection in general population. *Italian Quarterly Journal of Addiction (Mission)*, 56: 43-46.
- Negro F., Lok A.S. (2023). Hepatitis D: a review. *JAMA*, 330(24): 2376-2387.
- Niro G.A., Ferro A., Cicerchia F., Brascugli I., Durazzo M. (2021). Hepatitis delta virus: from infection to new therapeutic strategies. *World J. Gastroenterol.*, 27(24): 3530-3542.
- Perez-Vargas J., Amirache F., Boson B., Mialo C., Freitas N., Sureau C., Fusil F., Cosset F.L. (2019). Enveloped viruses distinct from HBV induce dissemination of hepatitis D virus in vivo. *Nat. Commun.*, 10: 2098.
- Raimondo G., Locarnini T., Pollicino T. et al. (2019). Update of the statements on biology and clinical impact of occult hepatitis B virus infection. *J. Hepathol.*, 71: 397-408.
- Schaper M., Rodirguez-Frias F., Jardi et al. (2010). Quantitative longitudinal evaluations of hepatitis delta virus RNA and hepatitis B virus DNA shows a dynamic, complex replicative profile in chronic hepatitis B and D. *J. Hepathol.*, 52: 658-664.
- Shih H.H., Jeng K.S., Syu W.J.M., Huang Y.H., Su C.W., Peng W.L., Sheen I.J., Wu J.C. (2008). Hepatitis B surface antigen levels and sequences of natural hepatitis B virus variants influence the assembly and secretion of hepatitis delta virus. *J. Virol.*, 82(5): 2250-2264.
- Simpson P.L., Simpson M., Adily A., Grant L., Butler T. (2019). Prison cell spatial density and infections and communicable diseases: a systematic review. *BMJ Open*, 9(7), e026806.
- Stockdale A.J., Kreuels B., Henrion M.Y.R., Giorgi E., Kyomuhangi I., de Martel C., Hutin Y., Geretti A.M. (2020). The global prevalence of hepatitis D virus infection: systematic review and metanalysis. *J. Hepathol.*, 64: S102-S116.
- Taylor J., Pricell R.H., Farci P. (2013). Hepatitis D (delta virus). In: Knipe D.M., Howley P.M., *Fields Virology*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2222-2241.
- Vlachogiannokos J., Papatheodoridis G.V. (2020). New epidemiology of hepatitis delta. *Liver Int.*, 40 Suppl. 1: 48-53.
- Wedemeyer H., Aleman S., Brunetto M. et al. (2022). GS006 – Efficacy and safety of bluevirtide monotherapy given at 2 mg or 10 mg dose levels once daily for treatment of chronic hepatitis delta: week 48 primary and point results from a phase 3 randomized, multicenter, parallel study. *J. Hepathol.*, 77: S4-S5.

## FeDerSerD/FORMAZIONE

EVENTO MACRO AREA SUD

**FeDerSerD**  
FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI  
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

**Un Approccio di genere al trattamento  
del disturbo da uso di oppiacei**



AULA MAGNA Dipartimento di Bioscienze,  
Biotecnologie ed Ambiente Campus Universitario

**BARI**  
27 | 06  
2024

save the date

INFO **EXP POINT** | federserd@expopoint.it | www.federserd.it | www.expopoint.it

# Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno X, n. 39

MISSION n. 63-64

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

**Redazione:** Mauro Cibin, Ezio Manzato, Felice Nava, Lilia-na Praticò, Sara Rosa, Valeria Zavan

**Direttore:** Alfio Lucchini

**Responsabile scientifico:** Ezio Manzato

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

**Redazione Mission:** CeRCo, Milano.

## Gruppo di prevenzione delle ricadute nel paziente con disturbo da uso di alcool in trattamento

*Daniele Pavese\**, *Claudia Foppiani\*\**, *Cinzia Priora\*\*\**, *Assunta Lanza\*\*\*\**

### Introduzione al lavoro sulla ricaduta

L'impatto della ricaduta sul paziente alcolista mina la fiducia nei propri mezzi, il senso di autoefficacia personale, ma anche l'investimento sul trattamento e il rapporto fiduciario, in alcuni casi, col Servizio.

Spesso il paziente e gli operatori sanitari che se ne occupano si fermano a pensare alla ricaduta come segno del fallimento di un trattamento, come eterno ritorno del problema ciclico della dipendenza, con le sue coercizioni bio-psico-sociali.

Questa prospettiva, tesa alla *restitutio ad integrum*, con il seppur valido obiettivo dell'astensione dall'uso, rischia però di concettualizzare dicotomicamente la ricaduta come errore di percorso da scotomizzare, deviazione scomoda che toglie tempo e spazio al processo di guarigione. Al contrario, diversi modelli di ricaduta, da quelli dinamici a quelli cognitivo comportamentali, sottolineano la stessa come un processo in transizione, che può recare in sé un significato da esplorare a livello personale e relazionale, caratterizzato da una serie di accadimenti che si svolgono nel tempo (Marlatt e Gordon, 1985).

La ricaduta può essere concettualizzata come “un’azione parlante” (Racamier), un modo per trasferire nella

realtà una difficoltà di gestione di un evento personale, caratterizzato emotivamente e collegato alla storia del paziente.

Dunque il “sintomo Ricaduta” può rappresentare un’occasione terapeutica per lavorare su questioni soggettive e per apprendere al contempo nuove modalità di risposta, maggiormente adattive e più funzionali al benessere soggettivo.

Questa concettualizzazione fornisce un quadro concettuale più ampio per intervenire nel processo di ricaduta al fine di prevenire o ridurre gli episodi di recidiva migliorando in tal modo l’esito del trattamento.

Un aspetto centrale del modello cui si è ispirato il Gruppo (Relapse Prevention di Marlatt e Gordon) è la classificazione dettagliata di fattori o situazioni che possono precipitare o contribuire a episodi di ricaduta.

In generale il modello Relapse Prevention postula che tali fattori rientrino in due categorie: “fattori determinanti di ricaduta” e “fattori preparatori ad una esposizione a situazioni ad alto rischio”.

Nel modello il trattamento inizia con una valutazione delle caratteristiche ambientali ed emotive di situazioni potenzialmente associate a ricaduta (cioè situazioni a medio ed alto rischio).

Dopo aver identificato le varie caratteristiche, in gruppo si lavora da un lato nel verificare le risposte del singolo paziente a queste situazioni, e dall’altro nell’esaminare le caratteristiche personali che aumentano l’esposizione dello stesso a situazioni ad alto rischio.

\* Psicologo Psicoterapeuta S.S. Ser.D. Voghera.

\*\* Assistente Sociale S.S. Ser.D. Voghera.

\*\*\* Direttore f.f. SC Dipendenze, Resp. SS Ser.D. Pavia.

\*\*\*\* Responsabile SS. Ser.D. Voghera.

ASST Pavia.

Sulla base di questo attento esame del processo di ricaduta, il terapeuta condivide, insieme all'apporto del gruppo, strategie per far fronte alle aree di rischio, a livello sia cognitivo che comportamentale, al fine di ridurre la probabilità di recidiva, o comunque eliminarne l'impatto, nella logica della riduzione del danno.

Fondamentale è anche il lavoro sugli stadi del cambiamento (Prochaska e Di Clemente), per introdurre con i membri considerazioni che supportino una mappatura della capacità motivazionale di empowerment e agency dei vari pazienti.

È importante infatti che i vari membri riescano a mantenere il più possibile lo stadio "azione" rispetto al problema specifico, uno stadio in cui si possa mettere in atto un cambiamento sostenibile, deciso e in linea con le risorse del paziente.

Può infatti accadere che il paziente minimizzi o non sia per niente cosciente di comportamenti a rischio (fase di precontemplazione), oppure che non riesca o non voglia cambiarli (fase di contemplazione), perché il cambiamento risulta ancora troppo ostativo e faticoso.

In tal senso il paziente può valutare la propria capacità di affrontare tali situazioni (autoefficacia) irrealisticamente alta, con aspetti di eccessiva onnipotenza, o al contrario così bassa da pensarsi come troppo incapace di fronteggiare la sfida che gli si propone.

Tali costrutti sono assimilabili alla teorizzazione di Bandura, in cui l'autoefficacia e la frattura interiore come leva motivazionale del cambiamento risultano in gioco come fattori decisivi e da sintonizzare sul livello del singolo paziente, di modo che il gradiente motivazionale sia sufficientemente caldo per installarsi in una modalità attiva.

Piuttosto che come uno stato immobile, il livello dell'"Azione" può essere inteso, con più pertinenza, come una rotta, una bussola interna che i pazienti possono acquisire, imparando a gestire meglio le ondate del craving e gli episodi stressogeni della loro vita.

Non rappresenta dunque qualcosa di acquisito una volta per tutte, ma, così come la motivazione, ha un movimento carsico e variabile nel tempo.

L'obiettivo nel tempo è che possa divenire un *modus* soggettivo, una nuova modalità di pensiero, caratterizzato da una centratura e da una capacità di non denegare l'incontro con le difficoltà della vita e la propria vulnerabilità soggettiva.

Il Gruppo che si è svolto presso il Ser.D. di Voghera (ASST Pavia) nel periodo tra gennaio e giugno 2023, di cui verrà riproposta una nuova edizione a breve, è composto da 12 pazienti con Disturbo da Uso di Alcool in carico presso il Ser.D., in astensione e remissione iniziale dai sintomi alcoolcorrelati da almeno 3 mesi, scelti dalle équipe referenti e previo colloquio valutativo e motivazionale con i referenti del progetto.

Ha una durata di 6 mesi, con incontri a cadenza quindicinale, è condotto da uno psicologo e un'assistente sociale

con esperienza nella conduzione di gruppi in ambito dipendenza.

I casi vengono segnalati dall'équipe Ser.D., previo colloquio di valutazione all'idoneità in gruppo.

I criteri di esclusioni comprendono pazienti in marcata ricaduta o in drop out dal trattamento ambulatoriale.

Le metodologie utilizzate comprendono la verbalizzazione di gruppo, tecniche attive e corporee con esercizi di corpo-coscienza e di meditazione, utilizzo del role playing, brainstorming, lavoro psico-educativo attraverso materiale fornito dai conduttori e utilizzo di cartelloni per guidare le stimolazioni.

Le tematiche su cui il gruppo lavora sono rappresentate da:

- meccanismi di azione e effetti dell'alcool;
- la motivazione personale al cambiamento;
- il meccanismo neurobiologico della dipendenza e farmaci;
- il craving (trigger, use, craving, thought);
- la ricaduta e i fattori di rischio personali;
- la prevenzione delle ricadute e le risorse personali (life-skills e strategie di protezione);
- astinenza totale dall'alcool;
- emozioni-pensieri-comportamenti, alfabetizzazione emotiva;
- relazioni familiari e conflitti;
- social skills;
- reinserimento sociale, lavorativo.

L'obiettivo dell'attività di gruppo è quello di fornire alla persona in trattamento informazioni, strumenti e abilità di base per mantenere l'astensione protratta dell'alcool.

Tramite un confronto attivo e partecipato, si sono sviluppate strategie di gestione di situazioni interne ed esterne legate al rischio di ricadute.

Il focus mira a:

- individuare e prevenire le situazioni ad alto rischio di ricaduta nell'alcool;
- aumentare la motivazione personale al cambiamento;
- eliminare i bias cognitivi sugli effetti positivi circa l'uso di alcool;
- prevenire e/o gestire le ricadute;
- affrontare gli stress quotidiani;
- riconoscere e controllare il craving;
- riconoscere gli stati emotivi negativi (rabbia, ansia, depressione, ecc.);
- fornire input di alfabetizzazione emotiva e gestione delle emozioni;
- apprendere strategie di protezione e life-skills;
- aumentare il livello di socializzazione e partecipazione attiva al gruppo.

## **Contenuto degli incontri e strumenti utilizzati**

**Primo incontro di gruppo:** introduzione al percorso di gruppo, attivazione e conoscenza dei partecipanti,



costruzione delle regole di gruppo e focus sugli stadi del cambiamento in un'ottica di prevenzione alla ricaduta.

**Secondo incontro di gruppo:** attivazione del gruppo con brevi esercizi corporei per migliorare la coscienza corporea, lavoro su rinforzi positivi e negativi rispetto all'assunzione di alcool, bilancia decisionale su costi e benefici dell'uso di alcool.

**Terzo incontro di gruppo:** attività di stimolazione corporea e di meditazione, lavoro sulla motivazione intrinseca (autoefficacia, frattura interiore e disponibilità al cambiamento).

Compilazione di una scheda di auto-monitoraggio attraverso un lavoro psico-educativo di consapevolezza rispetto a "Rischio-Attività Alternative-Esito" delle situazioni che portano all'assunzione di alcolici.

Le risultanze sono state poi discusse in plenaria per attivare strumenti rispetto alla gestione delle situazioni ad alto impatto emotivo, scatenanti assunzioni disadattive.

**Quarto incontro di gruppo:** lavoro sul riconoscimento dei fattori di rischio ricaduta nell'alcool, attraverso la scheda specifica di automonitoraggio e confronto in gruppo.

Iniziale introduzione del concetto di craving e dei meccanismi apparentemente irrilevanti che possono predisporre alle ricadute e loro gestione.

**Quinto incontro di gruppo:** lavoro tramite role-playing e simulate su social skills ed emozioni che possono scatenare/incistare le ricadute.

Verbalizzazione e attività di drammatizzazione a partire da situazioni-tipo e vissuti soggettivi.

**Sesto incontro di gruppo:** lavoro di alfabetizzazione emotiva su stati d'animo e vissuti attuali, collegati a situazioni relazionali di rischio tramite lavoro psico-educativo con immagini stimolo. Riflessione sulle leve motivazionali e ostacoli emotivi che distinguono "Sé reale e Sé ideale" in merito all'uso di alcool.

**Settimo incontro di gruppo:** lavoro di sviluppo di un piano di fronteggiamento delle ricadute, con focus su social skills e risorse attivabili.

Riflessione su criticità e nodi connessi ai legami familiari e amicali, con analisi condivisa di vissuti, emozioni e cognizioni.

Verbalizzazione e brainstorming di gruppo, con restituzione delle salienze soggettive da parte dei conduttori.

**Ottavo incontro di gruppo:** seduta di lavoro sul tema dell'alfabetizzazione emotiva e delle situazioni di rischio. Psico-educazione su sensazione, emozione, stati d'animo. Utilizzo del role playing.

**Nono incontro di gruppo:** gruppo prevenzione alle ricadute.

Diario giornaliero per la ristrutturazione dei pensieri negativi.

Lavoro di approfondimento su situazioni predisponenti-pensieri negativi (core belief)-emozioni-pensieri razionali-esiti.

**Decimo incontro di gruppo:** seduta di conclusione.

Restituzione del lavoro in gruppo, significato dell'esperienza gruppale e questionario di valutazione e gradimento.

## Risultati del questionario di gradimento

*Valuti che la proposta di partecipazione all'attività di gruppo sia stata soddisfacente?* (non soddisfacente, poco soddisfacente, abbastanza soddisfacente, molto soddisfacente, totalmente soddisfacente).

Risposte: 5 Totalmente soddisfacente, 3 Molto soddisfacente.

*Valuti che sia stata utile la frequentazione del gruppo ad aumentare il livello del tuo benessere globale?* (niente, poco, abbastanza, molto, moltissimo).

Risposte: 6 Molto, 2 Moltissimo

*Reputi adeguato alla proposta il livello dei formatori?* (niente, poco, abbastanza, molto, moltissimo)

Risposte: 7 Moltissimo, 1 Molto.

*Descrivi brevemente un elemento che ti ha particolarmente colpito positivamente dell'esperienza di gruppo*

"La partecipazione, i benefici, l'impegno dei paziente e dei formatori", "La fiducia, l'empatia e la solidarietà", " Il non essere giudicati", "Le attività proposte come la simulazione", "La coesione, giochi di gruppo, apertura e condivisione sincera dei partecipanti", "Poter parlare liberamente senza vergognarsi", "Parlare liberamente con persone con lo stesso problema".

*Descrivi brevemente un elemento che apporteresti come migliorativo all'esperienza di gruppo*

"Approfondire meglio il significato delle singole parole come: tristezza, amore, angoscia, ecc.", "Contare i giorni di astensione di ognuno", "Periodi di incontro più ravvicinati nel tempo", "Nessuno, ho trovato persone meravigliose", "Nessuno ho trovato il percorso molto utile" "Non ho consigli perché ho trovato l'esperienza completa".

L'aderenza al percorso è risultata nel complesso buona, con una media di 8 partecipanti ad incontro.

Il gruppo ha raggiunto una maggiore consapevolezza rispetto alla problematica alcool-correlata, continuando nel percorso di astensione protratta, o in altri casi rivalutando percorsi residenziali specifici.

I conduttori sottolineano l'importanza di uno spazio neutro, esterno all'ambulatorio Ser.D., dedicato all'attività gruppale, il più scevro possibile da connotati stigmatizzanti la fascia di utenza.

L'utilizzo di metodologie che lavorino anche sul piano corporeo e relazionale attiva un clima emotivo di fiducia, che permette poi di sviluppare le funzioni terapeutiche più specifiche di un gruppo (rispecchiamento, risonanza, emotività, intimità, apprendimento tra pari, supporto pratico e emotivo), in cui il livello del pensare e del fare siano complementari, così come il livello cognitivo e quello corporeo.

# Gruppi di Counseling in Alcologia

## *Il racconto di un'esperienza: il gruppo donne.*

### *Una possibile traccia di lavoro*

Anna Luisa Pasinelli\*, Federica Carrari\*\*, Cristina Bettinsoli\*\*\*

#### Introduzione

Il presente articolo vuol essere il racconto di un'esperienza significativa, realizzata all'interno di un Servizio per la cura delle Dipendenze patologiche, che si propone come una possibile traccia di lavoro da riprendere in esperienze future di counseling di gruppo.

La decisione di scrivere nasce dalla forte risonanza emotiva che l'esperienza ha suscitato anche in noi operatrici.

Di pari passo con il lavoro di riflessione e condivisione partendo dallo spunto dato dagli argomenti teorici (*Manuale NIDA di terapia per la tossicodipendenza. Counseling per la dipendenza da cocaina: the collaborative cocaine treatment study model Nida National Institute on Drug Abuse- Therapy manuals for drug addiction series*), si è costruita nel gruppo una relazione collettiva, un legame che ha supportato il lavoro di gruppo.

Questa relazione, in cui si sono condivisi pensieri, ricordi ed emozioni, ha costituito un momento di incontro, di comprensione, in cui hanno potuto trovare legittimità i vissuti delle partecipanti che in precedenza erano percepiti con senso di colpa, vergogna e solitudine.

#### Premessa

Il Nucleo Operativo per le Alcol Dipendenze (NOA) della Valle Trompia opera dal 2010 per la Diagnosi, Cura e Riabilitazione delle patologie Alcol correlate, del Gioco d'Az-zardo Patologico e del Tabagismo.

Il servizio ha offerto negli anni sia attività mediche, sanitarie, psicologiche, educative e sociali individuali, sia attività terapeutiche e informative di gruppo.

Nel luglio 2021 il NOA Valle Trompia ha attivato due gruppi di counseling, divisi per genere, adattando il modello proposto dal Manuale NIDA a persone con problemi alcol correlati.

Il counseling di gruppo è un intervento di supporto nei confronti di individui con problematiche di varia natura, diretto al superamento delle difficoltà di adattamento rispetto a specifiche situazioni di vita; basa la sua efficacia sul sostegno e il supporto reciproci tra i partecipanti e sull'apprendimento di strategie per il superamento delle situazioni a rischio di consumo di alcol; prevede la guida attiva di professionisti nel ruolo di facilitatori della discussione dei singoli argomenti.

\* Assistente Sociale del NOA.

\*\* Educatrice Professionale del NOA.

\*\*\* Psicologa specializzanda in psicoterapia con master in mindfulness e tirocinante del NOA.

DSMD, SC Ser.D. di Brescia, SS Nucleo Operativo Alcologia – NOA, Valle Trompia, ASST Spedali Civili di Brescia.

Il Manuale prevede un approccio Cognitivo Comportamentale e contempla una prima parte di incontri che affrontano tematiche definite (detta Fase I) ed una seconda parte di incontri di problem solving, i cui argomenti emergono dal lavoro con i partecipanti del gruppo (Fase II).

A partire dall'esperienza svolta delle facilitatrici (*Federica Carrari, Anna Luisa Pasinelli, Cristina Bettinsoli*), anche all'interno di altri servizi rivolti alle dipendenze patologiche nell'ambito della struttura complessa Ser.D., si è deciso di avviare due gruppi distinti per genere.

Tale scelta è stata effettuata sia per facilitare le funzioni di rispecchiamento e sostegno tra i partecipanti, rispettando e valorizzando le singole differenze in termini di sensibilità.

Nel primo periodo del lavoro di gruppo sono stati affrontati 12 argomenti proposti dal Manuale NIDA definiti come Fase I, che di seguito elenchiamo:

1. I sintomi della dipendenza.
2. Il processo di recupero - Parte I: Valuta gli effetti della tua dipendenza, Comprendere la negazione.
3. Il processo di recupero - Parte II: Processo di recupero = Astinenza + Cambiamento Fasi del recupero.
4. Gestire il craving.
5. Le relazioni con gli altri.
6. I gruppi di auto-aiuto.
7. Costruire una rete di sostegno.
8. Gestire le emozioni durante il trattamento.
9. Fronteggiare il senso di colpa e vergogna.
10. I segnali di pericolo delle ricadute.
11. Fronteggiare situazioni ad alto rischio.
12. Mantenere il recupero.

Gli incontri della Fase I sono stati strutturati secondo le indicazioni del Manuale NIDA di riferimento.

Nel presente articolo la nostra attenzione si focalizza sulla Fase II o di problem solving e sarà presentata la narrazione dettagliata degli argomenti proposti in ciascun incontro.

All'interno del racconto si procede con una breve esposizione della metodologia utilizzata, la descrizione delle caratteristiche del gruppo, l'elenco dei temi emersi da trattare insieme e la relazione analitica di ogni singolo incontro, illustrando i cartelloni operativi utilizzati sia come riferimento teorico sia come supporto per la sintesi delle discussioni e dei lavori svolti con il gruppo delle partecipanti.

#### Il racconto

La nostra presenza ha avuto la funzione di facilitare, tra le partecipanti, la discussione e lo scambio di idee, desideri, ostacoli e possibili strategie di superamento.

L'articolo vuole essere una valorizzazione di quanto emerso dal loro racconto.

Dal mese di settembre 2022 al modello NIDA sono stati integrati esercizi di Mindfulness, grazie alla partecipazione della Psicologa tirocinante esperta.

Il termine Mindfulness è un termine che trae origine dall'antica filosofia buddista e significa avere consapevolezza di sé prestando attenzione alla realtà nel momento presente, in modo oggettivo e distaccato e, soprattutto, non giudicante. La pratica della Mindfulness è un processo che, attraverso la messa in azione di particolari tecniche di meditazione, porta l'individuo ad essere più consapevole di se stesso, dei propri pensieri, delle proprie sensazioni/emozioni e della realtà che lo circonda, intesa come qui e ora.

Sulla base di tali premesse abbiamo ritenuto opportuno introdurre esercizi specifici (vedi Appendice) per fornire ulteriori strumenti al fine di aiutare le partecipanti a guardare la realtà nel momento presente con una maggiore benevolenza e accettazione, ad osservare in maniera più distaccata i pensieri negativi, vedendoli per ciò che sono, ed a migliorare il loro stato emotivo.

## Caratteristiche del gruppo donne

L'esperienza di gruppo è stata proposta a tutte le pazienti del NOA che avevano fatto una richiesta volontaria di cura al servizio nell'ultimo anno, non coinvolgendo coloro che presentavano patologie psichiatriche di tipo dissociativo.

L'obiettivo della proposta di gruppo era quello di favorire il processo di cambiamento attraverso il rispecchiamento e il sostegno reciproco.

Il gruppo, descritto in questo racconto, era costituito da otto donne con le seguenti caratteristiche:

Fascia d'età	< 40 anni	tra i 50 e i 59 anni	tra i 60 e i 69 anni	> 70 anni
	1	3	3	1
Stato civile	coniugate 5		separate 3	
Stato occupazionale	pensionate 3	casalinghe 2	dipendente 1	lavoro protetto 2
Presenza di figli	con figli/e conviventi 2		con figli fuori dal nucleo familiare 5	
			senza figli 1	
Scolarità	scuola primaria 1	sc. sec. di I grado 4	sc. professionale 2	sc. sec. di II grado 1

## Caratteristiche Diagnostiche:

8 pazienti con Disturbo da uso di Alcol (DSM 5)	4 pazienti Disturbo d'ansia e terapia farmacologica con monitoraggio specialistico (CPS o Psichiatra privato)	1 paziente terapia con farmaco avversivante
-------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

Per motivi di lavoro una delle donne ha sospeso la sua partecipazione al gruppo nell'ultimo bimestre.

La partecipazione delle altre è stata continuativa (avvisando sempre per eventuali assenze).

## Raccontiamo, incontro per incontro, l'evoluzione di questo gruppo

Nel racconto abbiamo ritenuto utile, per una maggior comprensione del percorso svolto, riportare in modo dettagliato i singoli contributi espressi dalle partecipanti.

Esiste un filo conduttore che, a partire dal mese di dicembre '22 fino al maggio '23, ha accompagnato lo svolgersi dei singoli incontri; tale filo è lo stimolo a sviluppare una maggiore capacità di ascolto delle proprie emozioni, dei bisogni e desideri.

## Inizio Fase II, Problem Solving: incontro preparatorio

Nel mese di dicembre 2022, in prossimità delle festività di fine anno, abbiamo ritenuto di prevedere uno spazio specifico dedicato a questo periodo "delicato".

Durante tali festività spesso si riattivano ricordi di momenti familiari della propria storia, a cui si associano sentimenti di nostalgia e di solitudine per qualcosa o qualcuno che non c'è più, ed al contempo si partecipa a momenti conviviali, in cui è sovente diffuso il consumo di alcolici, quindi è frequente nelle persone più fragili la possibilità di ricaduta nel *potus* alcolico.

Abbiamo organizzato due incontri specifici finalizzati sia a riappropriarsi degli strumenti già acquisiti in precedenza per fronteggiare il rischio di recidiva nell'uso di alcol, sia a fare un bilancio della situazione attuale e degli obiettivi e programmi del breve periodo.

## Argomento: i ricordi legati al periodo delle festività, lo stato d'animo attuale e i progetti vicini e futuri

### Cartellone su festività con le risposte delle partecipanti:

FESTIVITÀ di DICEMBRE		
PASSATO Ricordi positivi /negativi	PRESENTE Come sto ora?	FUTURO Programmi per le festività e per il futuro?
Lo spiedo in famiglia	Ansia	Desiderio di guarire, star bene da sola Natale con il fratello
Famiglia numerosa (c'erano i genitori)	Paura della solitudine Sto vivendo la vita degli altri	Natale con la mia famiglia Non penso al futuro, non programmo
Senso di colpa (bevevo) Dolore, pianto	Sento dolore dentro ma sto meglio Mi sento cambiata, cammino molto... sento che valgo	Vorrei riavere mio figlio con me Acquisto prodotti tipici del mio paese d'origine per il Natale in famiglia

Da quanto emerso negli incontri pre-festività abbiamo proposto al gruppo di individuare obiettivi riguardanti aspetti di sé che si vorrebbe provare a modificare nel semestre successivo. Il gruppo ha evidenziato una ricchezza di tematiche emotivo-relazionali sulle quali continuare ad "esercitarsi".

## I temi emersi:

*Maggiore Autonomia* (patente, lavoro).

Cosa intendo per autonomia / Quale autonomia mi serve, quale mi basta, quale è possibile.

*Curare l'alimentazione.*

Nuovi stili di vita, non acquistare alimenti che mi danneggiano, 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, 1,5 litri di

acqua, una passeggiata al giorno, concedersi trasgressioni una volta alla settimana.

*Trovare il modo adeguato per comunicare ciò che penso e sento.*

Comunicazione assertiva cosa devo comunicare, come lo comunico e come vorrei comunicarlo.

*Occuparmi di me stessa.*

Trucco, parrucchiere, massaggi, depilazione, bagni rilassanti.

Hobby rigeneranti: leggere, scrivere, guardare TV, disegnare, giardinaggio, cucinare, dormire, chiacchierare con amiche, passeggiare.

*Porre me stessa al primo posto.*

Saper dare limiti, saper delegare, chiedere aiuto, dire no.

*Evitare trasgressioni e sfide negative.*

Comunicare invece che fare.

Capire e gestire gli impulsi.

*Occupare i tempi vuoti.*

Mi occupo di me stessa o mi occupo di altri?

*Fermarsi senza sentirsi in colpa.*

Rilassamento vs iperattività.

### Alcune “strategie” ipotizzate:

Sottoporsi agli accertamenti, affrontare l’impegno anche se faticoso, rivolgersi al nutrizionista, accettarsi, creare spazio e tempo per se stesse, fare “tante” attività anche per gli altri.

“Occuparmi di me stessa” è stato il grande capitolo a cui abbiamo agganciato i vari argomenti affrontati negli incontri successivi.

### Struttura degli incontri

Gli incontri sono stati della durata di un’ora con cadenza settimanale e svolti sempre nello stesso setting.

Ogni incontro ha mantenuto la seguente struttura:

- un momento iniziale di “respiro consapevole”;
- un primo “giro” su come è andata la settimana trascorsa;
- l’approfondimento dell’argomento dell’incontro (in continuità con quanto emerso nel precedente appuntamento) utilizzando cartelloni preparati ad hoc;
- uno o più esercizi specifici di mindfulness, collegati all’argomento trattato;
- un momento di “respiro consapevole accompagnato dal suono della campana tibetana”;
- l’“estrazione” da una scatola di un biglietto a testa in cui sono riportate frasi, pensieri leggeri (preparati dalle facilitatrici) da leggere in gruppo e poi portare a casa.

L’uso di cartelloni è stato duplice:

1. evidenziare (e così condividere) alcune suggestioni/stimoli di riflessione;
2. raccogliere (e così porre in evidenza) i contributi di ognuna.

### Argomento: occuparmi di me, i cambiamenti attuati

Abbiamo ritenuto importante partire dalla consapevolezza della situazione attuale, stimolando le partecipanti a valorizzare i cambiamenti già messi in atto.

Cosa è cambiato negli ultimi 6 mesi nelle mie abitudini, nell’alimentazione, nelle relazioni, nella cura di me e nel mio tempo libero?

**Cartellone su cui sono stati raccolti i contributi di ognuna:**

OCCUPARMI DI ME negli ultimi 6 mesi cosa ho cambiato o consolidato					
Partecipante 1	Abitudini Cambiato paese	Alimentazione Meno ma più dolci	Relazioni Famiglia più unita Nuove conoscenze nel vicinato	Cura di me Percorso NOA	Tempo libero Passeggiate Bere il caffè con una vicina
Partecipante 2			Uscite del sabato con un’amica	Visite in ospedale	
Partecipante 3	Lavoro, sono soddisfatta	Regolato	Sono più aperta Matrimonio Qs gruppo Il lavoro	Meno stress	Cammino molto
Partecipante 4		Compulsione verso il pane		Fatica	Fatica
Partecipante 5	Rinforzi positivi Fede	Mangio poco e con sforzo, trascurato	Rinsaldato relazione con sorella	Mi sforzo, non mi trascurato	Volontariato, amiche
Partecipante 6	Fede	Mangio più dolci	Sono più aperta	Mi curo di più	
Partecipante 7	Lavoro	Più nozioni Più dolci per riempire	Più tranquilla, più serena, più ironica, più aperta	Mi piaccio, mi accetto	Quiz televisivi
Partecipante 8	Insoddisfatta per il lavoro	Peggiorata (più dolci)	Più propositiva, attiva	Maggior cura	Caffè con amiche, passeggiate con il cane, oggetti colorati in casa

**Argomento: pongo me stessa al primo posto e mi occupo degli altri,** è stato proposto un confronto volto ad individuare i cambiamenti nelle varie aree di vita e l’impiego del tempo dedicato a sé e agli altri.

**Cartellone su cui sono stati raccolti i contributi di ognuna:**

IL MIO TEMPO PER ME	IL MIO TEMPO PER GLI ALTRI
Casa, lavoro, me stessa... cammino	Troppo
Io al primo posto	Poco
Io sempre dopo	Gli altri sono al 1° posto (ma meno di prima)
Quello che faccio per me coincide con quello che faccio per gli altri	
	Mi sento utile facendo per gli altri
Io al primo posto	Ma vorrei fare di più per mia figlia

**Argomento: il concetto di comunicazione assertiva “Trovare il modo adeguato per comunicare ciò che penso e sento”**

Questo argomento è stato riproposto in tre incontri di gruppo.

**Cartellone esplicativo:**

COMUNICARE CIÒ CHE PENSO E SENTO = ESSERE ASSERTIVE	
SOSTENERE LA PROPRIA INTEGRITÀ E DIGNITÀ	
INCORAGGIARE E SOSTENERE QUESTO COMPORTAMENTO NELLE ALTRE PERSONE	
ESPRIMERE CON SENTIMENTI PUNTI DI VISTA DESIDERI	INTEGRITÀ ONESTÀ FRANCHEZZA RISPETTO

**Esercitazione con cartellone in cui si raccolgono i desideri rispetto alle domande:**

**Cosa (vorrei) comunicare e a chi?**

COSA COMUNICO?	A CHI?
Perché litigare? Non sbagliano solo le mamme...	Figlia
Possiamo avere un po' di tempo per noi? (esisto anch'io)	Figlia
Sono 40 anni che non mi vedi (ti amo... sei importante... ho bisogno di abbracci)	Marito
Sono 36 anni che non mi vedi	Marito
Fammi sapere cosa fai	Marito
Mi avete trattato male	Uomini
Solitudine (mi manchi)	Figlio
Sei un'amica	Figlia

**Esercitazione, a coppie, su "comunico cosa e a chi" – condivisione in gruppo su come ci si è sentite, se si è riuscite a comunicare ciò che si voleva e se si è riuscite ad ascoltare. Cartellone su cui sono stati raccolti i contributi di ognuna:**

SONO RIUSCITA A DIRE? SONO RIUSCITA AD ASCOLTARE? CHE EMOZIONI HO PROVATO?
Sono riuscita a parlare a "mia figlia". Parlando ho provato tristezza. Nell'ascoltare ho sentito che avrei voglia di innamorarmi
Sono riuscita a dire e a ascoltare. Le emozioni sono meno forti. Ho i piedi per terra
Ho parlato di mio figlio. Mi manca. Mi ha confortato parlare. Mi sono liberata Sono concentrata. Sono preoccupata
L'ho sentita volentieri nel suo sfogo, come una sorella. Si è affidata.
Ho detto quello che provo. Il muro può cadere. Mi sono commossa, liberata, più leggera
Mi sono immedesimata nel marito. Ho sentito lei "tenerosa"
Ho fatto fatica. Ho bisogno dei miei tempi

**Approfondimento con Cartellone su comunicazione aggressiva:**

COMUNICAZIONE AGGRESSIVA non persone aggressive MA comportamenti aggressivi (emozioni, atteggiamenti)
TONO DI VOCE ALTO SGUARDO DI SFIDA CORPO PROTESO IN AVANTI GESTI VIOLENTI SILENZIO VISO CONTRATTO VISO IMBRONCIATO TENDENZA A RIMANDARE (BOICOTTARE)

VANTAGGI e SVANTAGGI	
SODDISFAZIONE IMMEDIATA (SFOGO DELLA RABBIA) CONTROLLO DELLA SITUAZIONE SENSAZIONE DI POTENZA	ISOLAMENTO SOCIALE SCATENARE SUDDITANZA E/O AGGRESSIVITÀ NON RISPETTO OSTACOLO ALLA TRASMISSIONE DEI MESSAGGI
ma... È FATICOSO (CREA STANCHEZZA E STRESS VOLER MANTENERE SEMPRE IL CONTROLLO DELLA SITUAZIONE)	

**Esercitazione:**

Scrivere su un biglietto 1 o 2 frasi aggressive ricevute e su un altro biglietto 1 o 2 frasi aggressive dette, mettere i biglietti nella scatola poi estrarne due e leggerli ad alta voce provando poi a dire se è capitato di ricevere o dire frasi di questo tipo e descrivere cosa si è provato nel leggerle.

**Di seguito i testi dei biglietti scritti dalle partecipanti che riportano frasi aggressive ricevute o dette:**

- non ti sopporto più;
- sei una donna che vale poco;
- con il tuo modo di fare nessuno ti può stare dietro;
- rimproveri per il mio comportamento;
- sono stufa di tutto;
- mio marito dice che sono gelosa di lui e che non mi fido di lui;
- sei una testa di c..., bugiardo, c...;
- non rompermi i c... (detto all'autista dietro di me che suonava; ero molto arrabbiata);
- smetti di fare promesse che non sai mantenere;
- nessun comportamento.

**Argomento: occuparmi di me, mettermi al primo posto, una sana routine quotidiana**

Questo argomento è stato riproposto in sei incontri di gruppo di cui si riportano gli spunti di riflessione proposti dalle facilitatrici e le sintesi elaborate con le partecipanti.

**Cartellone con stimoli alla riflessione:**

Occuparmi di me:	Mettermi al primo posto
Come?	Riprendere il controllo della mia vita abbassare il livello di stress
Cosa mi può aiutare?	(ri) costruire una routine quotidiana

**Cartellone con alcuni suggerimenti per una buona routine:**

Suggerimenti per una buona routine
<b>Al mattino</b> Alzarsi non appena suona la sveglia Bere un bicchiere d'acqua Fare la doccia o lavaggio energizzante Fare colazione Pettinarsi, guardarsi allo specchio
<b>Durante il giorno</b> Rilassare spalle e nuca con movimenti circolari (per 3 volte) Respiro consapevole
<b>Alla sera</b> Preparare una tisana calmante Rilassarsi con una lettura leggera Fare esercizi di respirazione

**Cartellone con l'esito delle riflessioni fatte dalle partecipanti:**

**NELLA MIA ROUTINE... QUALI ABITUDINI VORREI TENERE O AGGIUNGERE?  
COME PENSO DI AGIRE?**

*Al mattino*

Svegliarmi presto fare colazione con mio marito  
Alzarmi quando suona la sveglia  
Uno spazio per me (un momento in cui mi parlo)  
Fare la doccia  
Bere un bicchiere con acqua e limone  
Continuare il percorso di cura (gli appuntamenti)  
Passeggiare, camminare, bere un caffè con l'amica  
Bere il caffè con la figlia  
Fare volontariato

*Al pomeriggio*

Curarmi (rispettare gli appuntamenti)  
Passeggiare  
Stirare con la TV accesa  
Portare fuori il cane appena rientrata dal lavoro (no divano)

*Alla sera (dopo cena)*

Andare a fare una passeggiata  
Ascoltare musica rilassante  
Preparare i vestiti per il giorno dopo (adeguati alla situazione)  
Leggere un libro  
Guardare la TV (per addormentarsi)

*Quali abitudini vorrei eliminare? Come penso di fare?*

Non temporeggiare nel letto > devo dirmelo la sera prima  
Togliere la TV serale > leggere un libro / andare ad una scuola di ballo  
Togliere lo stress > fare una vacanza da sola (senza cellulare)  
Svegliarmi troppo presto > allungare la sera (come fare?)

**Cartelloni su cui sono stati raccolti i contributi di ognuna:**

MI OCCUPO DI ME (cura, estetica...)	
COSA HO CAMBIATO	APPREZZAMENTI RICEVUTO
Mi apprezzo e curo l'abbigliamento, mi trucco (rimmel) Mi metto al primo posto, coloro i mandala, faccio cruciverba	Familiari e esterni
Dieta, estetista	Figlio, figlia e marito
Mi metto collane, gioielli	Familiari e esterni
Estetista, parrucchiere	Marito
Abbigliamento, estetista, massaggi	Sorella, fratello

COSA VORREI CAMBIARE? COSA MI FRENA?
Vorrei osare e cambiare il colore dei capelli senza timore del giudizio Vorrei non rimuginare Vorrei cambiare la mia situazione economica Vorrei fare cose piacevoli per me senza sentirmi in colpa Vorrei fare di più per me (non lasciarmi andare) Vorrei essere meno sensibile Vorrei non pensare sempre prima agli altri
SUGGERIMENTI? STRATEGIE?
Il gruppo dà suggerimenti solo per la situazione economica: <i>divorzio, cercare lavoro, reddito di cittadinanza</i>

**Cartellone su cui sono stati raccolti i contributi di ognuna:**

HOBBY RIGENERANTI / VECCHIE E NUOVE PASSIONI
Studio dell'astrologia Puzzle di parole o giochi di logica al cellulare Colorare i mandala
Ballare e cantare
Coltivare i fiori
Dipingere
Occuparmi di abbellire la casa

**Analisi dei propri bisogni attraverso gli stimoli della piramide di Maslow (Abraham H. Maslow, *Motivazione e Personalità*. Roma, Armando, 2010)**



**Riflessioni delle partecipanti:**

paura di essere amata;  
bisogno di sicurezza economica bisogno di un'abitazione con uno spazio per me;  
bisogno di sicurezza familiare/preoccupazione per la figlia;  
bisogno di omeostasi come equilibrio con me stessa e con il luogo in cui vivo;  
bisogno di intimità (affetto e sessualità);  
bisogno di autocontrollo;  
bisogno di accettazione;  
bisogno di autostima;  
bisogno di sicurezza della salute;  
accettazione dei miei errori/autocontrollo;  
autostima/accettazione/affetto.

Riprendendo il tema "Porre me stessa al primo posto", cogliendo il crescente interscambio tra le partecipanti ed il loro desiderio di condivisione dei desideri, abbiamo proposto una esercitazione a coppie su: "ti dico cosa vedo di bello in te, ti dico cosa vorrei migliorare di me, hai consigli da darmi?"

**Cartellone su cui sono stati raccolti i contributi di ognuna:**

APPREZZAMENTI RICEVUTI	COSA VORREI CAMBIARE DI ME	SUGGERIMENTI RICEVUTI
Incoraggiamento: sono una persona socievole mi adegua, mi apro, sono sincera	Saper gestire la mia situazione economica	Essere essenziale, più calibrata nelle spese
Conferme: sono accogliente, proiettata sugli altri	Il mio equilibrio emotivo	Non aver paura, apriti!
Ho un buon carattere	Autocontrollo	Riflettere un giorno (prima di agire)
Complimenti su come sono	Essere più aperta (... avere delle amiche)	Poi provare
Forza e sensibilità	Riuscire a dire...	Poi provare

e successivamente un'attivazione individuale:

## Esercitazione su “cosa c’è nella mia vita reale e cosa vorrei nella mia vita ideale”

Alle partecipanti è stato proposto un foglio con due grafici a torta in cui disegnare fette di diversa dimensione a seconda degli spazi occupati da persone, cose, sentimenti, nell’attualità e nel desiderato.

Si riporta la sintesi.

VITA REALE	VITA IDEALE
Spazio maggiore per casa, famiglia, me stessa Spazio minore per hobby e amicizie	Mezza torta per me stessa, fetta grande per cura della famiglia Spazio ridotto per la casa Uno spazio nuovo per il volontariato
Spazi uguali per animali, divano, lavoro, cura di me, cura della casa (poco)	Spazi uguali per amicizie, relazioni affettive, cura dei familiari, volontariato gatti, lavoro su me stessa, Hobby con animali Aggiunta la cura di una nuova casa
Spazio maggiore per la casa e le relazioni affettive Spazio minore per volontariato, cura di me stessa, cura dei familiari	Ridotta la cura della casa Ampliata la cura di me stessa e per i familiari Uno spazio nuovo per le amicizie, il lavoro
Spazi più grandi per amicizie e famiglia Spazi uguali per casa, volontariato, altri e io	Più spazio per io, casa, famiglia e volontariato Tolte amicizie e gli altri
Spazi più grandi per volontariato e affetto Spazi leggermente ridotti per me, famiglia e amicizie Spazi molto ridotti per la casa e gli hobby	Ampliati spazi per la casa, gli hobby e la famiglia Spazi leggermente più ampi per me e amici Spazio uguale per volontariato Tolto lo spazio per affetto
Spazi uguali per cura di me stessa, della casa e per gli hobby spazio leggermente più ridotto per le relazioni affettive spazio ridotto per le relazioni di amicizia	Spazio ampliato per cura di me stessa Spazi uguali per cura della casa, relazioni affettive e hobby Tolto lo spazio per le relazioni di amicizia

COSA VORREI NELLA MIA VITA?	CONSIGLI?
Recuperare il rapporto con mia figlia (sforzo, ansia)	Coraggio
Vorrei essere più aperta alle amicizie	Aprirsi, frequentare attività affiancata
Il paese in cui sto bene	Tornare
Stare bene e avere una relazione stabile	Incoraggiamento

**Argomento: agire da sola e chiedere aiuto: la fatica di chiedere aiuto a chi mi sta vicino.** “Cosa sento di dover fare... con fatica... Cosa potrei delegare e a chi?”.

**Cartellone su cui sono stati raccolti i contributi emersi nei due incontri:**

<b>COSA SENTO DI DOVER FARE?</b>
Attività domestiche
Cura del marito
Cura della zia (accompagnarla, prenotare visite di controllo...)
Occuparmi della casa e stirare
<b>COSA POSSO DELEGARE E A CHI?</b>
Difficile chiedere perché rifiutano (i figli)
Una parte della cura alla sorella di lui (parlarne con lei, sfogarmi... lui la ascolta)
Coinvolgere altri familiari nelle visite/attività programmate
Chiedere di stirare alla figlia

In fase conclusiva dell’esperienza abbiamo proposto tre incontri finalizzati ad una sorta di bilancio dell’esperienza svolta in cui soffermarsi sia sugli aspetti consolidati sia sui temi aperti.

**Argomento: sintesi e conclusione dell’esperienza svolta**  
Condivisione in gruppo dei propri desideri rispetto all’avvicinarsi dell’estate.

Condivisione di pensieri, emozioni, sensazioni legate all’esperienza che si conclude (in attesa di riprendere, per chi vorrà a settembre).

**Cartellone in cui sono stati raccolti i desideri ed i suggerimenti delle partecipanti:**

DESIDERI PER L’ESTATE	SUGGERIMENTI
Due settimane al mare o 2/3 giorni	Fare la stagione Accompagnare gruppi
Stare meglio Andare al mare o dove voglio	Auguri per la nuova cura Andare in gruppo
Andare al mare... invece devo fare la nonna e andrò al lago	Fare attività creative con le nipotine andare al mare con le nipotine Comprare un poster con la foto del mare
Andare al mare ma... (ho paura della mia ansia)	
Che mio marito venga al mare con me e nostra figlia	

**Cartellone in cui si sono raccolti i contributi delle partecipanti:**

<b>COSA MI PORTO VIA?</b>
Adesso tocca a me! Ho trovato un punto di riferimento. Ho incontrato persone semplici, normali, positive. Ho trovato un punto di riferimento sicuro. Nel gruppo ho trovato persone a cui penso. Mi sono trovata come a casa, in famiglia. Non c’è giudizio. Si condivide (altri non capiscono e giudicano). Non c’è commiserazione È una bella esperienza. Mi sono sentita libera di dire cose che magari a casa non dico Mi sono sentita che non ero solo io ad avere problemi. Mi è piaciuto avere delle dritte dalle professioniste. Ci sono stati bei momenti di condivisione. Mi sono sentita subito in armonia. Avevo paura... invece mi sono trovata bene. Adesso sono più forte!

## Considerazioni finali

Il percorso di gruppo ha costituito un elemento centrale nel percorso di cura intrapreso dalle pazienti presso il NOA, unitamente a visite e consulenze mediche, prelievi ematici, monitoraggio tossicologico, colloqui psicologici e colloqui socio-educativi.

Per tutte le partecipanti al gruppo, alla conclusione degli incontri è stata riscontrata una sostanziale riduzione dei sintomi legati al Disturbo da uso di alcol.

Le partecipanti hanno accolto fin da subito in modo molto positivo gli esercizi di Mindfulness proposti.

Alcune di esse hanno trovato molto utili gli esercizi di respirazione volti a sostenerle in momenti di ansia o di forti emozioni negative, chiedendo indicazioni per l’utilizzo delle pratiche nella loro quotidianità.

Al termine dell'ultimo incontro è stato proposto il test ERQ 10 (Emotion Regulation Questionnaire) volto ad indagare il modo in cui vengono regolate le emozioni.

L'ERQ è un questionario composto da 10 item che misurano la tendenza a regolare le proprie emozioni in due modi: (1) Rivalutazione cognitiva dello stimolo e (2) Soppressione espressiva. Gli intervistati rispondono a ciascun item su una scala di tipo Likert a 7 punti che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 7 (fortemente d'accordo) - (Bazarotti S., John O.P., Gross J. (2010). Italian adaptation of Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 26: 61-67).

La sua somministrazione è stata decisa in itinere a seguito del crescente coinvolgimento emotivo evidenziato dalle partecipanti.

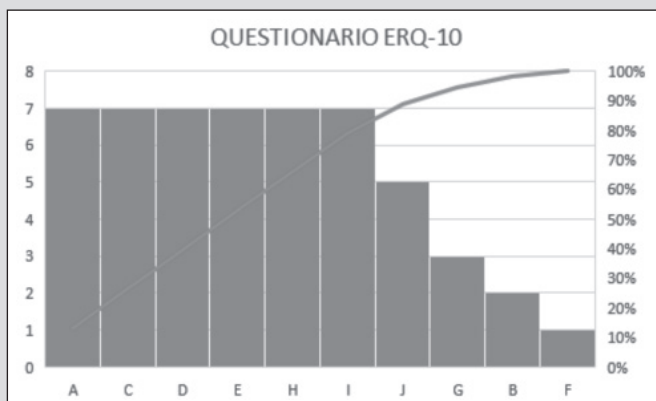
Le 10 domande hanno analizzato due aspetti distinti della vita emotiva: l'esperienza emotiva e come vengono mostrate le emozioni.

*Test ERQ 10 (Emotion Regulation Questionnaire): valutazione della regolazione emotiva*

1. Per sentirmi meglio (ad esempio, felice/contento/sollievato/di buon umore), cerco di guardare le cose da una prospettiva diversa.
2. Tengo i miei sentimenti per me.
3. Per non starci male (ad esempio, essere triste/in collera/di cattivo umore), cerco di guardare le cose da una prospettiva diversa.
4. Quando sono contento/felice, cerco di non farlo notare.
5. Quando devo affrontare una situazione difficile, cerco di considerarla da una prospettiva che mi aiuti a stare calmo/a.
6. Controllo le mie emozioni non esprimendole.
7. Cambiare il modo di pensare ad una situazione, mi aiuta a sentirmi meglio.
8. Cerco di controllare i miei sentimenti provando a cambiare il modo di considerare la situazione in cui mi trovo.
9. Se provo sentimenti negativi, faccio attenzione a non esprimerli.
10. Cambiare il modo di pensare ad una situazione, mi aiuta a non starci male.

Item 1, 3, 5, 6, 8, 10 Rivalutazione cognitiva range 6-42

Item 2, 4, 6, 9 Soppressione espressiva 4-28



Sull'asse delle ascisse (A-J) sono raggruppati i punteggi (da 1 a 7 sull'asse delle ordinate) totalizzati dalle 7 partecipanti alle varie domande.

Le lettere (A-J) sono le varie domande mentre i numeri sono i punteggi dati dalle utenti del gruppo alle singole domande. Le colonne del grafico rappresentano i punteggi ottenuti da ognuna di loro nelle singole domande. Più sono alte le colonne, maggiori sono le loro abilità/capacità di regolazione emotiva.

Le colonne basse rappresentano invece una maggiore difficoltà nel gestire le emozioni.

Dall'analisi dei punteggi del questionario somministrato in data 26/05/2023 è emersa una capacità di regolazione emotiva abbastanza adeguata, con la possibilità di adottare una prospettiva diversa nelle varie situazioni di vita, come da loro stesse verbalizzato.

Permane invece una maggiore difficoltà nella capacità di esprimere agli altri le proprie emozioni.

## In conclusione

Possiamo affermare che la partecipazione al gruppo di counseling, integrata con gli altri interventi multidisciplinari del servizio di cura per alcol-dipendenze, ha aiutato le pazienti a migliorare la capacità di analisi e di adattamento alle situazioni di vita che vengono osservate secondo una prospettiva più funzionale.

Abbiamo anche osservato un riduzione della sintomatologia e una migliore adesione ai programmi terapeutici.

Il percorso di questo gruppo si è concluso a fine maggio '23, con la proposta di ripresa a settembre. Nel frattempo le partecipanti hanno continuato il percorso di presa in carico individuale con gli operatori di riferimento del NOA.

Alcune riflessioni spettano infine a noi come facilitatrici di questa esperienza.

Abbiamo riflettuto sulla dimensione empatica e umana della nostra esperienza di relazione con le donne del gruppo.

Riteniamo che ciò abbia rappresentato un fattore di efficacia dell'intervento.

Ci riferiamo al concetto di intersoggettività e dell'essere presenti nell'incontro con le pazienti, basato sul cogliere la loro reale esistenza senza essere condizionate dai pregiudizi teorici.

In questo modo l'altra diventa viva per noi e noi per lei, siamo pronte a impegnarci in qualche cosa che ci espone e ci cambia, e al tempo stesso impegna e chiama la paziente stessa.

Nell'incontro con queste donne abbiamo partecipato alle loro emozioni nelle quali, a nostra volta, ci siamo riflesse, concece dell'importanza che gioca la reciprocità nella relazione d'aiuto.

Abbiamo cercato di aiutarle a dare nome e dignità ai propri bisogni.

Abbiamo colto la loro fatica ed il loro desiderio di svincolarsi da ruoli ed immagini stereotipate che hanno condizionato fortemente le loro vite, portandole a rinunciare a spazi di realizzazione di sé in virtù di necessità familiari percepite come superiori.

L'alcol è stato da loro riconosciuto come un supporto, una via di fuga, un rifugio.

Abbiamo raccolto in questa esperienza il loro desiderio di riscrivere nuovi parti di sé.

Contiamo che il proseguo possa aiutarle in questo percorso.



## Appendice

### Meditazioni proposte

#### *Meditazione sul respiro*

Assumi una posizione comoda: sdraiato sulla sedia o seduto. Se si è seduti occorre tenere la colonna vertebrale diritta e le spalle rilassate.

Chiudere gli occhi o tenerli semi-aperti.

Porta l'attenzione alla pancia e sentendola sollevarsi o espandersi leggermente con l'inspirazione e abbassarsi o sgonfiarsi leggermente con l'espirazione.

Mantenere l'attenzione concentrata sul respiro, restando con ciascuna ispirazione per tutta la sua durata e con ciascuna espirazione per tutta la sua durata.

#### *Body scan*

Faccio un respiro profondo e mi rilasso mentre espiro.

Rilasso il capo e il collo in profondità.

Scendo lungo le braccia e rilasso anche le dita delle mani.

Rilasso il petto, l'addome e la schiena e scendo fino ai glutei.

Rilasso le gambe, scendo fino ai piedi e alle loro dita.

Sento il formicolio sulla punta delle dita delle mani e mi accorgo che lo stesso formicolio si è esteso verso il palmo.

Sento della tensione e della pressione nelle gambe.

Sento della pressione e del calore a livello dei glutei.

Inizio a portare consapevolezza sopra la testa.

Ora sono consapevole dei miei occhi, del mio naso e in generale del mio viso.

Porto la consapevolezza sulla mia bocca, sui miei denti, sulla mia lingua e sulla mia gola.

Sono consapevole della mia nuca, delle mie orecchie fino ad arrivare al collo.

Porto la consapevolezza sulle mie spalle, sulle mie braccia, sui miei gomiti, sulle mie mani e sulle mie dita.

Ora che ho viaggiato e ho portato la consapevolezza in tutto il mio corpo faccio attenzione alle sensazioni delle parti del mio corpo, di tutte le parti del mio corpo interne ed esterne.

#### *Esercizi di tensione e rilassamento*

Fare 3 respiri profondi.

Portare attenzione al braccio dx/sx e stringere la mano a pugno creando la massima tensione (...) e poi riaprire lentamente (6 volte).

Fare 3 respiri.

Portare attenzione alla gamba dx/sx creare la massima tensione alzando il piede a martello (...) e poi rilassare lentamente (6 volte).

Fare 3 respiri.

Portare attenzione alle spalle, alzare le spalle creando la massima tensione (...) e poi rilassare lentamente (6 volte).

Fare 3 respiri profondi.

Esercizi di ripresa.

Coordinare respirazione a tensione e rilassamento.

Inspiro: creo tensione.

Espiro: rilasso il muscolo.

#### *Meditazione "La mia vita"*

Posizione comoda, attenzione al respiro, aria che entra ed esce, ci ancoriamo al movimento che il respiro crea nel corpo (petto, pancia).

Cominciamo a pensare alle nostre vite. Notiamo cosa, chi, quali attività ci sono in questo momento... notiamo come ci

sentiamo mentre affiorano nella nostra mente. Siamo soddisfatti? Vorremmo fare dei cambiamenti? Lascio sorgere dentro di me una risposta spontanea. Se ho risposto sì, provo a pensare alla mia vita ideale. Quali persone, cose, attività vorremmo aggiungere, introdurre? Mentre affiorano nella mia mente noto come mi sento... se la mia vita mi va bene così continuo a riflettere in modo gentile e con gratitudine su ciò che ho in questo momento.

Ritorniamo al respiro... esploriamo i punti di contatto, ritorniamo al corpo facendo dei piccoli movimenti e poi riapriamo gli occhi.

#### *Tocco di auto compassione*

I conduttori guidano i membri del gruppo a compiere i seguenti gesti, per aiutarli a scoprire da soli quale forma di tocco possa essere per loro la più rassicurante o di maggiore supporto.

- Due mani sul cuore.
- Una mano sulla pancia e una sul cuore.
- Due mani sulla pancia.
- Una mano sulla guancia.
- Reggere il viso tra le mani.
- Accarezzarsi gentilmente il braccio.
- Incrociare le braccia e stringere gentilmente.
- Accarezzare gentilmente il petto, avanti e indietro o con piccoli cerchi.

#### *Meditazione "Sostegno nelle difficoltà"*

Posizione comoda sulla sedia, occhi chiusi o semi aperti, focalizziamo l'attenzione sul respiro e sui punti di appoggio del corpo con la sedia. Notare come la sedia ci sostiene e ci supporta.

Immaginiamo di sentirci sostenuti e supportati in questo modo anche in un'area della vita in cui siamo in difficoltà. Proviamo a chiederci mentalmente come ci farebbe sentire sentirci sostenuti.

Provo a trovare forza e coraggio ancorandomi al respiro.

Quando mi sento in difficoltà torno al respiro e al sostegno che mi dà momento per momento. Senti il sostegno che ti dà e prova a portarlo con te nel resto della giornata per affrontare le situazioni difficili e di sofferenza.

Meditazione sui suoni (campana tibetana):

Portare l'attenzione al respiro focalizzando l'attenzione sulle sensazioni fisiche legate all'inspirazione e all'espiazione.

Estendere l'attenzione alle orecchie lasciando che i suoni e i rumori provenienti dall'esterno e dalla stanza ci raggiungano.

Aggrapparsi al suono della campana tibetana provando a seguire il suono lungo tutta la sua durata/oppure contare mentalmente quanto dura il suono.

### Riferimenti bibliografici

Binswanger L. (2013). *La psichiatria come scienza dell'uomo*. Milano: Mimesis.

Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. (2013). *Mindfulness e Comportamenti di dipendenza*. Milano: Raffaello Cortina.

Manuale NIDA di terapia per la tossicodipendenza counseling per la dipendenza da cocaina: The collaborative cocaine treatment study model Nida National Institute on Drug Abuse (therapy manuals for drug addiction series).

Maslow A.H. (2010). *Motivazione e Personalità*. Roma: Armando.

Segal Z.V., Williams J.M., Teasdale J.D. (2014). *Mindfulness. Al di là del pensiero attraverso il pensiero*. Torino: Bollati Boringhieri.

# Il paziente DUA nella Comunità Dianova di Cozzo (Pavia). Metodologia e strategie di intervento

Antonino Denaro\*, Eugenia Luraschi\*\*

## Introduzione

L'obiettivo di questo articolo è illustrare una modalità di trattamento residenziale per pazienti alcolisti e/o polidipendenti spiegando gli strumenti utilizzati nell'attività terapeutica e descrivendo i dati raggiunti in termini di risultato nell'arco di tre anni.

Questo modello di percorso terapeutico è applicato presso la struttura di Cozzo (PV) afferente a Dianova Cooperativa Sociale arl.

Quindici anni fa l'équipe della struttura ha partecipato ad un percorso formativo specifico realizzato con operatori di diverse strutture residenziali e con professionisti del settore pubblico (rappresentato dai servizi specifici per l'alcol-dipendenza istituiti dalla Regione Lombardia ovvero i Nuclei Operativi Alcolologici – NOA) e privato studiando un modello di intervento per gli alcolisti all'interno del contesto residenziale.

Da questo confronto parte il modulo strutturato specifico per alcolisti e polidipendenti nella Comunità Dianova di Cozzo che comprende quattordici posti all'interno di una organizzazione molto più numerosa con trentatré posti accreditati dalla Regione Lombardia (modulo pedagogico-riabilitativo e pronta accoglienza).

Il modello che verrà illustrato è frutto di un lavoro che di anno in anno viene costantemente valutato ed aggiornato attuando i cambiamenti che si ritengono opportuni in un confronto continuo con i servizi esterni (in particolare i NOA di Milano).

Questo modello di intervento (definito Servizio Specialistico per Alcol e Polidipendenti - dgr 12621 del 07/04/2003 Regione Lombardia) prevede una forte sinergia nell'intervento con i servizi pubblici (Ser.D. e quando presenti NOA) o privati accreditati (SMI) e mette al centro del percorso l'utente lavorando in modo circolare e sinergico con tutti gli strumenti delle diverse aree (educativa, psicologica, sanitaria e sociale), funzionali alla realizzazione degli obiettivi individuali nel rispetto dell'autonomia possibile (Pasqualotto et al, 2020).

L'ingresso in comunità si inserisce in una fase successiva della presa in carico del paziente DUA fatta dal NOA o da un Ser.D. con équipe alcolologica che, dopo aver fatto una valutazione e, ove necessario, una disintossicazione, invia nella nostra Comunità Terapeutica (CT).

\* *Dottore in scienze politiche, specializzazione in patologie alcol correlate complesse, educatore, Dianova Coop. Soc. arl - sede di Cozzo (PV).*

\*\* *Psicologa, psicoterapeuta, terapeuta EMDR, Dianova Coop. Soc. arl - sede di Cozzo (PV).*

Il percorso pertanto si pone come obiettivo lo sviluppo di un percorso di cura comprendendo e lavorando sui motivi sottostanti il comportamento dipendente e comprendere poi come “vivere” senza l'uso di alcol.

L'intervento residenziale oltre ad avere specificità comuni a qualunque intervento terapeutico, come la relazione di aiuto o l'alleanza terapeutica, ne ha altre più legate alla residenzialità.

I pazienti sperimentano, ad esempio, la possibilità di esprimere risposte differenti al proprio comportamento attraverso il confronto con il gruppo dei pari e degli operatori che permette di osservare come l'espressione dei propri sentimenti e pensieri può suscitare risposte diverse da quelle a cui si è sempre stati abituati.

Si cerca di promuovere un cambiamento fondato sull'esperienza come illustrava Stern (il cambiamento sia fondato sull'esperienza vissuta) pertanto la quotidianità diventa strumento e oggetto di lavoro terapeutico.

Strumento educativo nel qui e ora per sperimentare nuovi modi di ad es. di relazionarsi e più psicologico andando a comprendere dove si origina quel determinato modo di comportarsi.

Inoltre è importante tenere in considerazione come la persona dipendente da alcol, nel corso del tempo, ha stabilito con la sostanza una “relazione affettiva” e di sostegno con una valenza molto forte e decidere di rinunciarvi significa vivere lo spazio che occupava l'alcol e lavorare per riempirlo con qualcosa di nuovo.

L'alcol copre il dolore ma la persona senza quel dolore non è se stessa e ci sono pazienti che non possono abbandonare il dolore interno perché il vuoto che si viene a creare è intollerabile. Sperimentare, anche se in un contesto protetto come la comunità, il vuoto e il dolore consente all'alcolista di iniziare a ragionare intorno ai propri bisogni e desideri sopiti dalla sostanza e che da tempo attendono di essere appagati.

Gli obiettivi del percorso vengono perseguiti attraverso la massima costanza e coerenza nelle relazioni interpersonali facendo vivere ai pazienti una differenza rispetto a quanto avviene nel contesto da cui provengono, caratterizzato da disfunzionalità e patologia.

Il gruppo dei pari con i quali gli alcolisti vivono e condividono la giornata rappresenta lo specchio di parti, comportamenti e frammenti di storia personale che il soggetto può avvertire come risonanti facilitando la consapevolezza di alcuni aspetti della sua storia per darne anche un nuovo significato. Le figure professionali svolgono il ruolo di “base sicura” perché vi è la necessità di una stabilità relazionale riparativa (Liotti, a cura di, 1993) che trova nelle figure professionali il costituirsi di una base sicura capace di ac-

cogliere e rimodulare sia i significati che le strategie comunicative.

Il percorso terapeutico porta gli operatori a prendersi carico della “paura” che il paziente ha quando non assume più alcol per curare il dolore interno.

Solo così il paziente potrà usufruire dell'affidabilità e dell'empatia dell'operatore come catalizzatore relazionale per esperienze emozionali correttive che possano fungere da luogo di interconnessione di frammenti di vita mai raccontati prima.

Inoltre il paziente ha a disposizione modelli identificatori alternativi a quelli carenziali o patologici con cui si è confrontato fino ad ora.

## Gli strumenti per un contesto terapeutico integrato

Una delle caratteristiche principali dei contesti residenziali è la quotidianità che non può essere interpretata esclusivamente nel suo carattere di mera organizzazione del tempo e dello spazio ma attraverso il continuo “ripensamento” di tutte le interazioni che si manifestano in quello spazio fisico e mentale, un vero e proprio setting specifico, che definisce la comunità nell'arco della giornata. All'interno di questo setting le diverse figure che vi operano hanno a loro disposizione una serie di strumenti che concorrono alla continua ricerca di senso e di significato della presenza del paziente all'interno del percorso terapeutico.

Di seguito, nella Tabella 1, vengono elencati gli strumenti che costituiscono il programma terapeutico che vede al centro il paziente e i suoi bisogni.

Nella Tabella 2 viene descritto un percorso tipo individualizzato che il paziente svolge durante la sua permanenza all'interno della struttura e che viene condiviso e concordato a cadenza trimestrale con il paziente stesso.

La struttura situata a Cozzo è una comunità molto numerosa, si sono organizzati, come si evince dalla Tabella 2, interventi di grande gruppo e di piccolo gruppo.

Nel grande gruppo sono presenti tutti gli ospiti della comunità mentre il medio gruppo ha composizioni diverse a seconda della tipologia e vi partecipano pazienti con lo stesso o con diverso periodo di permanenza.

Un paziente che entra in questa comunità, durante i primi dieci giorni di permanenza viene affiancato da un altro paziente che lo accompagna nell'inserimento.

Nel primo mese di permanenza il paziente viene preso in carico dagli operatori dell'équipe multiprofessionale per una prima conoscenza sua e della sua storia attraverso colloqui psicologici, psichiatrici, educativi; partecipa una volta alla settimana al gruppo primi passi e al gruppo slide. Quotidianamente inizia a partecipare all'incontro del “come stai” e viene inserito nei diversi laboratori accompagnata da un pari.

Insieme agli operatori viene scelto un laboratorio specifico in cui si inserirà per un mese circa.

Nella restante parte della giornata partecipa ad attività varie di tempo libero o strutturato.

Al termine del primo mese l'équipe multidisciplinare in accordo con il paziente delinea un Progetto Educativo ed un Piano educativo Individualizzato della durata di due mesi dove si definiscono, per ogni area, gli obiettivi specifici e gli indicatori osservabili e misurabili nel quotidiano e nell'attività dei laboratori.

Tab. 1 - Suddivisione strumenti per area

Progetto individuale co costruito con il paziente					
Strumenti					
Area sociale	Area educativa			Area psicologica	Area sanitaria
Colloqui	<i>Schede</i>	<i>Gruppi</i>	<i>Gruppi</i>	<i>Colloqui</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colloqui psichiatra</li> <li>• Visite mediche</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Settimanali</li> <li>• Mensili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Come stai</li> <li>• Casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primi passi</li> <li>• Fascia</li> <li>• Laboratorio intensivo</li> <li>• Reinserimento</li> <li>• Tematici</li> <li>• Esperienziali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuali</li> <li>• Con famigliari</li> </ul> <p><i>Gruppi alcol</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Slide</li> <li>• Fase avanzata</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruoli di responsabilità</li> <li>• GAC gruppo aiuto casa</li> <li>• Animazione</li> </ul>	<i>Laboratori</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cucina</li> <li>• Igiene e lavanderia</li> <li>• Manutenzione casa</li> <li>• Arti decorative</li> <li>• Panificazione</li> <li>• Dispensa alimentare</li> <li>• Giardini e orto</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uscite esterne</li> <li>• Rientri su territorio di provenienza</li> <li>• Montagna terapia</li> <li>• Attività di tempo libero (palestra, sport)</li> </ul>				

Tab. 2 - Strumenti suddivisi per periodo di percorso

Percorso					
Progetto individualizzato					
Fase di trattamento	Area sociale	Area educativa e psicologica			Area sanitaria
		Strumenti			
		Grande gruppo	Medio gruppo	Individuali	Individuali
Ingresso stabilizzazione 0-1 mese	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colloqui anamnesi sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Come stai”</li> <li>• Riunione casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Primi passi”</li> <li>• Laboratorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colloqui psicologici educativi</li> <li>• Schede settimanali</li> <li>• Schede mensili</li> <li>• Firma Progetto Individuale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colloqui psichiatra</li> <li>• Visite mediche</li> </ul>
Inquadramento 2-3 mesi		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Come stai”</li> <li>• Riunione casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppo fascia</li> <li>• Gruppo laboratorio</li> <li>• Gruppo slide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colloqui psicologici educativi</li> <li>• Schede settimanali</li> <li>• Schede mensili</li> <li>• Condivisione progetto individuale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colloqui psichiatra</li> <li>• Visite mediche in base a necessità</li> </ul>
Centrale 3-12 mesi		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Come stai”</li> <li>• Riunione casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppo fascia</li> <li>• Gruppo slide/ avanzata</li> <li>• Gruppo laboratorio</li> <li>• Gruppo “intensivo”</li> <li>• Esperienziali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colloqui psicologici educativi</li> <li>• Schede settimanali</li> <li>• Schede mensili uscite esterne rientri</li> <li>• Condivisione progetto individuale con cadenza trimestrale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colloqui psichiatra</li> <li>• Visite mediche in base a necessità</li> </ul>
Reinserimento 12-18			Gruppo reinserimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colloqui psicologici educativi</li> <li>• Scheda settimanale programmazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colloqui psichiatra</li> <li>• Visite mediche in base a necessità</li> </ul>

Successivamente il paziente termina di partecipare ai gruppi primi passi ed accede al gruppo fascia composto da persone di pari periodo di permanenza.

Al termine del terzo mese si verificano gli obiettivi raggiunti insieme al paziente e sempre con la stessa modalità si procede con un ulteriore Progetto Individuale e Piano Educativo. Il paziente proseguirà con la partecipazione ai colloqui di diverso tipo, al gruppo Fascia, ai gruppi e riunioni laboratorio ed entrerà nel gruppo alcol avanzato. Insieme alla psicoterapeuta verrà concordato un primo colloquio di allargamento con i familiari che proseguirà a cadenza mensile. Dopo un lavoro specifico sulle proprie criticità parteciperà al gruppo Intensivo e, gradualmente, gli verranno assegnati incarichi di responsabilità (ad es. responsabilità della riserva tabacco, responsabilità di un gruppo di laboratorio,

utilizzo del cellulare personale), i primi rientri sul territorio e le prime uscite dalla comunità in autonomia.

I progetti individuali, dopo le verifiche previste, sono rinnovati ogni trimestre. Di seguito la descrizione delle singole tipologie di gruppo riportate nelle Tabelle 1 e 2.

L'attività grupपाल può essere distinta in due grandi macro aree una che fa riferimento al “grande gruppo” che coinvolge la totalità degli ospiti, l'altra fa riferimento al piccolo gruppo, ovvero piccoli gruppi con obiettivi e finalità differenti.

Ciò che le unisce è la sollecitazione del paziente a sviluppare un graduale senso d'appartenenza, transitando lo stesso da una posizione passiva di mero fruitore di un servizio ad attore che gradualmente assume la veste di attore e protagonista del suo percorso individuale di cambiamento.

## Le attività del grande gruppo

Le attività di grande gruppo prevedono la partecipazione di tutti i componenti della comunità, che in sede plenaria prendono in carico l'intero sistema comunità attraverso momenti di confronto e discussione al fine di giungere collettivamente al considerare la comunità come un corpo unico dove le disfunzionalità di una parte di essi hanno una ricaduta sull'intero funzionamento di tutti.

Quanto detto sollecita i pazienti a transitare da una visione egoistica dell'io come centro unico d'interesse al Noi come concetto determinante come strategia di cambiamento ponendo le basi del concetto di auto-mutuo-aiuto, pertanto passando da una modalità prettamente egoistica- infantile ad una dimensione del noi maggiormente rispondente alla dimensione di adulti maggiormente consapevoli.

**Il "come stai":** condotto tutte le mattine da un educatore, per una durata di circa venti minuti. Rappresenta il primo momento di connessione interna, con la condivisione in sede plenaria di un micro obiettivo quotidiano.

Obiettivo generale, attività di centratura nelle coordinate spazio temporali del qui e ora.

**La "riunione casa":** gruppo condotto da un educatore con cadenza settimanale, della durata di circa un'ora e trenta.

L'oggetto del gruppo è la comunità ed il suo andamento, attraverso l'esposizione ed il confronto con tematiche di carattere generale.

L'obiettivo è quello di stimolare il paziente nel transito da passivo fruitore di un servizio verso la costruzione di un senso di appartenenza assumendo gradualmente il ruolo di attore protagonista attivo all'interno del gruppo.

Percorso di sollecitazione verso l'idea che il cambiamento ed il superamento delle criticità passi attraverso la rivalutazione delle risorse interne all'individuo.

## Le attività del "Piccolo gruppo"

**Il gruppo "primi passi":** condotto da un educatore con cadenza settimanale della durata di circa 1 ora.

I partecipanti hanno una permanenza in struttura di circa 1 mese.

L'obiettivo di questi incontri è quello di accompagnare l'ospite nel percorso di "spoliazione" raccogliendo il disagio nel percorso di separazione dal "mondo esterno al mondo interno della comunità.

Si inizia a familiarizzare con lo strumento gruppale sostenendo gli stessi nel rapporto con il sistema normativo presente in CT.

In questa fase viene somministrato il test MAC (Guelfi, et al 1994).

**Il gruppo "laboratorio":** condotto dall'educatore di riferimento con cadenza quindicinale, per una durata di circa un'ora.

La composizione del gruppo è trasversale e prevede una diversa distribuzione delle responsabilità in stretto riferimento al progetto individuale.

Obiettivo generale applicazione del progetto individuale e corretta relazione con il gruppo, attraverso i principi base del auto-mutuo aiuto.

**Il gruppo "fascia":** condotto dal case manager con cadenza settimanale della durata di circa 90 minuti.

Il paziente viene inserito in questo gruppo, dopo la valutazione di idoneità al programma.

È un gruppo chiuso con il compito di facilitare il processo fiduciario e la condivisione dei vissuti e le difficoltà del quotidiano (relazionali, di convivenza motivazionali) quotidiani.

I passaggi possono essere sintetizzati:

- Formazione del gruppo.
- Comunicazione/traduzione dei significati.
- Maturazione del gruppo.
- Maturazione dell'individuo.

La fase iniziale il gruppo dipende dal case manager con una modalità adulto-bambino.

Nella fase intermedia il punto di riferimento è il gruppo il modello di comunicazione è orizzontale. In questa fase entrano in gioco le risonanze il rispecchiamento e l'esperienza emotiva attivando il processo di cambiamento.

Nella fase finale i componenti del gruppo si riappropriano della loro individualità transitando in un modello relazionale adulto-adulto, e con il case manager avviano la fase di progettazione con obiettivi esterni per la fase di reinserimento sociali.

## I gruppi specifici sulla tematica alcolica

**Il gruppo informativo sull'alcol:** questo gruppo ha come obiettivi formare ed informare rispetto ai fattori correlati all'uso di sostanze.

I temi trattati riguardano i fattori sanitari, culturali (tra cui l'impatto della specificità della sostanza alcol presente in molteplici contesti), sociali e clinici.

Viene condivisa la definizione dell'OMS e del DSM-5 (American Psychiatric Association, tr. it. 2014) sul tema delle sostanze e del circuito della tossicodipendenza dibattendo anche sugli stereotipi e pregiudizi che vedono l'alcol come un vizio.

Vengono illustrate le complicazioni, sia fisiche che psicologiche, legate al bere.

Avviene poi una condivisione e un confronto sulle diverse esperienze dei pazienti che partecipano. In Comunità Terapeutica l'attenzione alla tematica alcol è molto presente.

L'alcol non viene utilizzato in cucina e anche ai pazienti non dipendenti da alcol l'équipe richiede l'astinenza nei rientri dopo le uscite sul territorio con l'obiettivo di sollecitare una riflessione su questa sostanza che spesso viene scelta al posto della sostanza primaria con il rischio di passare da una dipendenza all'altra.

**Il gruppo di fase avanzata:** dopo il gruppo "Informativo sull'alcol" che ha una durata di due, tre mesi i pazienti iniziano una fase successiva definita "avanzata" che ha come obiettivo le strategie per il mantenimento dell'astinenza.

Le tematiche trattate riguardano la comprensione individuale e di gruppo della propria dipendenza con "doppia intervista" fatta dai partecipanti che si interrogano sulla dipendenza dell'altro e riportano al gruppo le proprie osservazioni.

Vengono inoltre individuati le risorse e i limiti personali, gli automatismi disfunzionali, i comportamenti e le strategie alternative per l'astinenza anche in un contesto non protetto.

Viene inoltre utilizzata la “scultura” di gruppo, proposta da Caillé (Caillé *et al.*, 2005) con alcuni adattamenti.

Si ricostruisce infine la storia individuale e familiare attraverso la tecnica della “spirale” allo scopo di riprendere e focalizzare gli aspetti rilevanti della storia di vita con quelli di dipendenza di ogni singolo componente.

La tecnica prevede due fasi: nella prima fase del lavoro si chiede ai partecipanti di definirsi secondo due macro aree ovvero emotivi (ossia che tendono a vivere le situazioni di “pancia” e a reagire sull’onda dei vissuti) e razionali (ossia che tendono a tenere a distanza gli aspetti emotivi e a reagire razionalizzando le esperienze).

Sulla base di tale suddivisione il gruppo si divide in due sottogruppi emotivi e razionali ma chi si è definito emotivo viene inserito nel sottogruppo dei “razionali” e viceversa.

A questo punto viene data come consegna di impegnarsi, nello svolgimento dell’esercizio che seguirà, a fare interventi utilizzando il canale per ognuno meno automatico ed abituale.

La seconda fase prevede la ricostruzione della propria storia con la specifica consegna di selezionare e condividere le informazioni, gli eventi, le situazioni più rilevanti che hanno capito essere collegate all’insorgere della dipendenza nonché alle loro criticità cercando di narrarla con il canale (emotivo o razionale) meno automatico per se stessi.

Parallelamente gli altri componenti del gruppo intervengono con richieste di approfondimento cercando sia di aiutare chi narra a seguire la consegna sia applicando loro stessi questa indicazione.

## L’intervento psicologico

L’intervento psicologico che si svolge in questa Comunità con i pazienti DUA e con i loro familiari si inserisce dentro il paradigma di riferimento sistemico-relazionale e partendo da un’accurata raccolta anamnestica si pone come primo obiettivo quello di comprendere le motivazioni che hanno portato il paziente alla dipendenza alcolica e la messa a fuoco delle sue caratteristiche di personalità per definire il percorso introspettivo da proporgli.

Si ritiene importante comprendere il funzionamento del paziente, entrare in contatto con la sua sofferenza e parlare del dolore interno che lo tortura da anni.

All’alcolista viene proposto di leggere il disturbo da uso di alcol attraverso la visione del sintomo come simbolo di un disagio che deve essere contestualizzato e interpretato anche all’interno della trama delle relazioni famigliari in cui è inserito.

Per questo motivo al lavoro educativo è affiancato il lavoro psicologico con uno sguardo sul significato che il sintomo ha avuto nella storia del paziente.

Questo lo aiuta a leggere, a significare i suoi comportamenti e i suoi agiti e a ripercorrere come si è strutturata la sua storia di dipendenza oltre a comprendere quali siano le difficoltà personali e relazionali su cui lavorare.

Si procede con un processo sincrono sul qui ed ora alternato ad uno diacronico sulla storia relazionale del paziente e sulle radici della sua sofferenza (Rossin *et al.*, 2021).

All’interno di questi macro obiettivi si lavora, secondo le capacità del paziente, con diverse tipologie di colloqui (di

supporto, di psicoterapia, psicoterapia EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing –, di allargamento famigliare seguendo il modello sistemico) e strumenti clinici per accompagnarlo a prendere consapevolezza dello sviluppo e della genesi della sua dipendenza per approfondire ed elaborare, ove possibile, almeno alcune esperienze traumatiche che l’alcolista ha vissuto e che hanno condizionato il suo percorso di vita.

Una definizione in cui ci si ritrova rispetto alla modalità che si sta utilizzando viene descritta in una recente pubblicazione (Cambiaso *et al.*, 2018) di Cambiaso e Mazza, in cui si afferma che il cambiamento: “... non si genera solo ricostruendo ‘verità storiche’ ma assemblando reperti del passato a vicissitudini del momento in un clima di forte empatia ed emotività in grado di favorire un particolare e nuovo tipo di apprendimento che dia senso, illumini una vicenda intergenerazionale, e aiuti a riconoscere la disfunzionalità attuale delle antiche strategie relazionali”.

Non va dimenticata la difficoltà a raccogliere dati attendibili nella loro storia perché, come dice Selvini, i dati di fatto spesso sono scarsi perché nei pazienti mancano i presupposti relazionali, di stabilità emotivo-cognitiva e psicofisiologica essendo presenti deficit nella competenza autobiografica. Quindi l’osservazione del comportamento quotidiano permette di cogliere piccole sfumature utilissime per comprendere e completare l’ipotesi di funzionamento che gli strumenti più standardizzati, quali test e colloqui, vanno delineando nel corso dei mesi. È inoltre “un luogo dove avviene la riagggregazione di un’individualità, di una storia e di uno stato di coscienza frammentato” (Zanusso *et al.*, 1998).

In questo senso, integrando il lavoro psicologico con quello educativo in un’ottica circolare, si cerca di comprendere in setting di colloquio e/o di gruppo, la disfunzionalità delle vecchie strategie e la funzionalità delle nuove.

Nella nostra casistica abbiamo riscontrato la presenza di storie personali di neglect, trascuratezza, abbandoni e abusi, spesso di altre forme di dipendenza (per fare alcuni esempi alimentare, affettiva) oltre a dipendenze da sostanze o da gioco magari compresenti (poliassuntori) o magari presenti nel passato quindi osservando una trasmigrazione da una sostanza all’altra.

Questa osservazione ci ha portati a cercare di dare il più possibile una lettura condivisa con il paziente del proprio funzionamento e delle risposte che questi pazienti hanno cercato attraverso le dipendenze consapevoli che di fronte ad una tale complessità non tutto si può affrontare e trattare durante il percorso ma che è importante magari inviarli successivamente al servizio per un continuo del percorso psicologico in un’ottica di lavoro di rete tra noi e i servizi.

Come già enunciato “l’alcol copre il dolore” pertanto una volta che esso non è più lo strumento elettivo riemerge una sofferenza importante, ad esempio il trauma, ed è importante la messa in sicurezza degli stessi prima di affrontare un lavoro approfondito, come si evince nell’ultima pubblicazione di Selvini (“Il terapeuta inizia aiutando il paziente a riconoscere il suo stato mentale, .... mentre il riconoscimento dei fatti e dell’impatto di quei fatti potrà arrivare successivamente, dopo un progresso della stabilizzazione e messa in sicurezza” (Selvini *et al.*, 2022).

## Il lavoro con le famiglie

L'alcol spesso è parte della vita familiare (senza necessariamente avere una familiarità con l'alcolismo), e partendo da una prospettiva sistemico-relazionale possiamo osservare il paziente con disturbo da uso di alcol come il portatore di un disagio che deve essere contestualizzato e interpretato nella trama delle relazioni familiari in cui è inserito ed è quindi fondamentale coinvolgere la famiglia.

Il coinvolgimento della famiglia, da parte della Comunità, si propone quindi di allargare l'informazione sulle problematiche alcoliche ai familiari dei pazienti e di mettere a fuoco i problemi che il nucleo ha costruito, nel tempo, creando disfunzionalità o patologia.

Il lavoro sul significato e sul ruolo dell'alcol all'interno della famiglia è necessario anche per una migliore comprensione dei cambiamenti del paziente.

Si cerca di evitare che dopo il percorso si inneschino dinamiche di irrigidimento sui cambiamenti che il paziente ha attuato e che, inevitabilmente, modificano i ruoli nel sistema familiare.

È doveroso segnalare situazioni in cui il lavoro proposto con la famiglia non si è potuto attuare o sviluppare per diversi motivi.

In tali casi si cerca di portare il paziente ad accettare questa situazione e questa non disponibilità a volte con buoni risultati mentre è importante evincere che a volte invece per la non collaborazione si sono verificati anche casi di pazienti in cui il rientro in famiglia si è rivelato negativo e ha portato ad una ricaduta.

In queste situazioni è stato necessario attivare un supporto e un sostegno maggiore ad opera dei servizi territoriali.

Siamo consapevoli come sia importante avere delle risorse esterne non solo professionali (i servizi e gli operatori) pertanto di fronte a nuclei familiari in cui non vi è possibilità di collaborazione e quindi di cambiamento si cerca di individuare con il paziente altre figure, ad esempio amicali, che possono essere punti di forza e fattori di protezione.

Questi esempi sono volti ad indicare che, a nostro parere e per l'esperienza fin qui sviluppata, l'importanza che riveste il nucleo familiare nello sviluppo e mantenimento di un buon percorso al termine della fase residenziale.

In tutti gli strumenti illustrati seppure con le specificità proprie di ogni strumento si può ritrovare come filo conduttore il fatto che il paziente è stimolato a mettersi in gioco attraverso la realizzazione dei propri obiettivi per cercare di riflettere sui comportamenti disfunzionali e magari riuscire a modificarli in un lavoro costante di andirivieni tra passato e presente.

Ad esempio attraverso l'uso del rimando da parte degli operatori e del confronto con gli altri, il paziente DUA è stimolato ad osservarsi e aiutato a vivere frustrazioni che lo aiutino a vedere i nodi critici connessi al dolore interno.

Nei laboratori la presenza di ruoli e competenze, di specifiche schede dove il paziente evidenzia gli aspetti positivi e gli aspetti critici nel quotidiano, offrono la possibilità di costruire, gradualmente, un bilancio della giornata, facendo riferimento agli obiettivi del Piano Educativo Individuale.

Nei colloqui psicologici periodici il paziente è invitato a portare le sue difficoltà per comprenderne l'origine e accrescere la propria competenza attraverso l'analisi delle emo-

zioni e delle sensazioni vissute, anche nelle difficili esperienze infantili, e dare significato alla sofferenza arrivando all'origine del malessere.

Anche nei gruppi "fascia" si è invitati a verificare l'andamento degli obiettivi portando esempi pratici e confrontandosi con i pari così da portare il paziente stesso a riflettere sul raggiungimento o meno di un obiettivo.

Nelle descrizioni degli strumenti emerge in modo preponderante l'utilizzo dei gruppi con i pazienti DUA e tale scelta è supportata da un'importante parte della letteratura sull'argomento: "... La costruzione della propria identità non può limitarsi al sé, ma deve svolgersi sullo sfondo di un orizzonte sociale, capace di conferirgli una rilevanza che vada oltre il proprio sé" (Byung-Chul H., 2021).

La funzionalità dei gruppi nella dipendenza da alcol è ormai ampiamente trattata in letteratura (Nettuno, 2008; Rossin *et al.*, 2008; Algisi *et al.*, 2010) partendo dalle caratteristiche teoriche alla base del lavoro di gruppo, attraverso due importanti autori come I. Yalom (Yalom, 1974) e K. Lewin (Lewin, 1948).

K. Lewin definisce il gruppo come "... qualcosa di più, o per meglio dire, qualcosa di diverso dalla somma dei suoi membri: ha struttura propria [...]. Quel che ne costituisce l'essenza non è la somiglianza o la dissomiglianza riscontrabile tra i suoi membri, bensì la loro interdipendenza. Esso può definirsi come una totalità dinamica. Ciò significa che un cambiamento di stato in una sua parte o frazione qualsiasi interessa lo stato di tutte le altre".

Infine l'esperienza esperita in questi anni di lavoro permette di ipotizzare che il gruppo possa creare quella condizione che Cirillo e altri autori nel libro "Entrare in terapia" (Cirillo *et al.*, 2016) definiscono come "cordata di sostegno" individuata nei familiari per supportare il paziente con disorganizzazione dell'attaccamento e che può trovare nel terapeuta e in questo caso nella Comunità stessa una "messa in sicurezza" o "base sicura" che permette di sviluppare il percorso residenziale.

## L'équipe

L'équipe multidisciplinare funziona da specchio della multifattorialità del fenomeno bio-psico-sociale della dipendenza alcolica.

L'approccio che si cerca di perseguire nella Comunità Terapeutica Dianova di Cozzo è quello di "equipe come mente collettiva" (Selvini *et al.*, 1989).

Le diverse professionalità cercano di condividere le differenti competenze con un approccio il più possibile integrato lavorando insieme e pensando insieme.

In molti articoli scientifici e libri (Zanusso *et al.*, 1998; Pinkus, 1999; Nettuno, 2003; Lucchini *et al.*, 2008, Lucchini *et al.*, 2010) che trattano il contesto organizzativo della comunità terapeutica si parla del ruolo dell'équipe nel suo rapporto con l'utente in una dimensione individuale.

Dianova propone un'esperienza sulla potenzialità terapeutica dell'intervento circolare dell'équipe come strumento imprescindibile di lavoro (Cirillo *et al.*, 2016) caratterizzato dalla copresenza di due menti pensanti capaci di dialogare tra loro, di confrontare punti di vista, idee e risonanze emotive.

A. Nettuno illustra la specificità del lavoro di équipe in una comunità terapeutica: "... la presa in carico coinvolge una molteplicità di figure professionali e ne consegue l'importanza del lavoro in équipe per costruire delle condizioni 'efficaci nel generare la riduzione della sofferenza psichica o nel produrre cambiamenti stabili nelle condotte disadattative' (Fea, 2000, p. 19). Per assolvere questo compito, diventa essenziale la creazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, intendendo con ciò l'insieme degli operatori accumulati dall'orientamento su ogni singolo caso che devono sviluppare uno spazio, prima di tutto mentale, di diagnosi e di progettualità condivisa in cui il contributo di ciascuno sia valorizzato come risorsa terapeutica a beneficio del paziente... è evidente che per i nostri pazienti il terapeuta è costituito dal sistema curante più che dal singolo operatore, perciò diventa ancora più importante che siano curati con estrema attenzione tutti quegli aspetti dell'organizzazione e dei processi di erogazione delle prestazioni che concorrono a definire il sistema di cura".

Questa descrizione illustra chiaramente cosa sia un gruppo di lavoro multidisciplinare che nel contesto residenziale è l'équipe e il concetto di terapeuta inteso in senso lato come sistema curante che nella residenzialità indica non solo gli interventi prettamente terapeutici ma anche la quotidianità, la cura degli spazi ed i momenti informali.

Nella routine quotidiana la cura degli spazi, i momenti informali, la cooperazione tra i terapeuti si pongono come modello di cooperazione per la famiglia (Cirillo *et al.*, 2016).

Nella Tabella 1 il modello di lavoro viene descritto con al centro il paziente e l'équipe costruisce percorsi sviluppando la co titolarità e la co progettazione con l'alcolista aiutandolo a costruire una capacità autocritica attraverso l'alleanza terapeutica, la chiarezza e la coerenza.

L'individualizzazione del progetto significa avere un'ipotesi di percorso flessibile che non prevede necessariamente il raggiungimento di tutti gli obiettivi per ogni singolo paziente ma vede la comunità come una parte del percorso che la persona decide di fare, iniziato nel Servizio di Alcolologia o al Ser.D., continuato in Comunità e poi ripreso nel servizio territoriale.

## Risultati

Abbiamo preso in esame il campione degli ultimi tre anni (gennaio 2020-dicembre 2022) e analizzato nelle Tabelle 3,

4, 5 il numero di utenti, il genere, la durata del percorso e la tipologia di conclusione del percorso.

Il campione è composto dai pazienti che hanno fatto ingresso nella struttura con diagnosi DUA e di conseguenza hanno seguito il programma terapeutico specialistico per alcol e polidipendenti.

Come emerge dalle tabelle il campione è misto con una prevalenza di pazienti maschi.

Si riscontra come i drop out avvengano tendenzialmente nei primi mesi del percorso e diminuiscono quando il paziente si è inserito nella routine comunitaria.

Rispetto al tema drop out ci sembra importante brevemente illustrare l'importanza che si cerca di dare all'aggancio iniziale utilizzando le diverse porte di accesso (genitorialità, decreti rispetto ai figli, aspetti sanitari, ecc.) che il paziente ti offre per cercare di sviluppare una motivazione più autentica. In questa ottica anche far procedere in tandem gli obiettivi educativi con quelli psicologici spesso è difficile, molti sono i pazienti che in setting psicologico seguono e mostrano interesse e miglioramenti ma negli altri setting compresa la quotidianità spesso non vedono l'utilità e non mantengono lo stesso comportamento, in queste situazioni l'utilizzo di colloqui con formati diversi dove vi è la presenza di educatore e psicologo ad esempio cercano di mettere attenzione a questo dualismo nel tentativo di superarlo.

In un linguaggio più psicologico spesso si rimane nella fase di consultazione a lungo per lavorare proprio sulla domanda e sulla motivazione.

Il coinvolgimento del paziente e la tipologia di servizio offerto sono funzionali alla buona riuscita del trattamento.

La conclusione del percorso avviene tra i dodici e i diciotto mesi data la complessità dei pazienti e la presenza, spesso, di comorbidità.

La compresenza nella comunità di persone con dipendenza da sostanze e di alcolisti, pur considerando un numero non trascurabile di pazienti poliassuntori, si è rivelata utile per le differenti categorie dei pazienti (alcolisti e tossicodipendenti) per sviluppare una riflessione più ampia.

Nello specifico per i tossicodipendenti si è aperta una riflessione sull'utilizzo eccessivo della sostanza alcol durante la dipendenza da sostanze con il possibile rischio di una sostituzione della droga con la dipendenza alcolica (trasmigrazione da una sostanza all'altra) e anche per gli alcolisti spesso emerge il tema dell'uso magari in adolescenza di altre sostanze ed una riflessione quindi più consapevole di come quello fosse già un elemento di rischio spesso sottovalutato.

Tab. 3

2020					
Totale pazienti alcolisti presenti nell'anno 2020	Nuovi ingressi			Esiti percorsi conclusi	Ancora in trattamento
32* * di cui 14 già in trattamento	18 2 femmine 16 maschi	2020	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 abbandoni</li> <li>• 1 rinvio</li> <li>• 1 fine percorso</li> </ul>	13
		2019	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 fine percorso</li> <li>• 2 trasferimento in altre sedi</li> <li>• 1 allontanamento</li> </ul>	
		2018	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 fine percorso</li> </ul>	



Tab. 4

2021					
Totale pazienti alcolisti presenti nell'anno 2021	Nuovi ingressi			Esiti percorsi conclusi	Ancora in trattamento
34 *di cui già in trattamento	20 3 femmine 17 maschi	2021	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 abbandoni</li> <li>• 3 fine percorso</li> <li>• 1 allontanamento</li> </ul>	14
		2020	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 fine percorso</li> <li>• 1 trasferimento in altre sedi</li> <li>• 2 allontanamento</li> <li>• 2 abbandoni</li> </ul>	
		2018	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 fine percorso</li> </ul>	

Tab. 5

2022					
Totale pazienti alcolisti presenti nell'anno 2022	Nuovi ingressi			Esiti percorsi conclusi	Ancora in trattamento
34 *di cui già in trattamento	21 2 femmine 19 maschi	2022	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 abbandoni</li> <li>• 2 allontanamento</li> <li>• 1 rientro in carcere*</li> <li>• 1 trasferimento in altra struttura</li> </ul>	14
		2021	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 fine percorso</li> <li>• 3 abbandoni</li> </ul>	
		2020	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 fine percorso</li> </ul>	

## Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2014). *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. Milano: Raffaello Cortina.
- Algisi P., Sanfilippo B. (2010). Individuo e società: il potere trasformativo dell'auto mutuo aiuto. In: Lucchini A., Strepparola G., *Modelli di intervento in alcologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Byung-Chul H. (2021). *La scomparsa dei riti*. Milano: Nottetempo.
- Caillé P., Rey E. (2005). *Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche*. Roma: Armando.
- Cambiaso G., Mazza R. (2018). *Tra intrapsichico e trigerazionale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (2016). *Entrare in terapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fea M. (2000). Valenze e dimensioni terapeutiche dei servizi delle dipendenze. In: *Psicoterapia delle tossicodipendenze e dell'abuso di sostanze*. Milano: FrancoAngeli.
- Guelfi G.P., Spiller V. (1994). Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze. *Il vaso di pandora*, II(4).
- Lewin K. (1948). *I conflitti sociali*. Tr. it. Milano: FrancoAngeli, 1972.
- Liotti G. (1993) (a cura di). *Le discontinuità della coscienza. Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociative*. Milano: FrancoAngeli.
- Lucchini A., Strepparola G. (2010) (a cura di). *Modelli di intervento in alcologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Nettuno A. (2003). *Il lavoro terapeutico di gruppo. La tossicodipendenza tra costruttivismo e psicoanalisi: un approccio integrato*. Milano: FrancoAngeli.
- Nettuno A. (2008). La psicoterapia di gruppo nel campo delle dipendenze patologiche. In: Lucchini A., Nava F., Manzato F., *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*. Milano: FrancoAngeli.
- Pasqualotto L., Carozza P., Cibin M. (2020). *ICF, salute mentale e dipendenze. Strumenti per la riabilitazione orientata alla recovery*. Roma: Carocci.
- Pinkus L. (1999). *Tossicodipendenza e intervento educativo*. Trento: Erickson.
- Pisani R.A. (2000). *Elementi di gruppo analisi*. Ed. universitarie Romane.
- Rossin M.R., Teruggi A., Vaccari C., Paggi M. (2008). Lavorare con i gruppi in alcologia. In: Lucchini A., Nava F., Manzato F. (a cura di), *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*. Milano: FrancoAngeli.
- Rossin M.R., Mattavelli G., Vaccari C., Ferla M.M. (2021). Percorso filmico di psicoeducazione di gruppo per alcolisti e familiari: studio sui cambiamenti; Group psychological education film pathway for alcoholics and their families: a study on changes. *Riv Psichiatr*, 56(3): 157.
- Selvini M., Selvini Palazzoli M. (1989). Il lavoro in équipe: strumento insostituibile per la ricerca clinica mediante la terapia familiare. *Ecologia della mente*, 4: 54-76.
- Selvini M. (2007). Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica. *Terapia Familiare*, 84: 9-29.
- Selvini M., Fino L., Redaelli L., Senatore A. (2022) (a cura di). *Le sei fasi della resilienza. Un modello di terapia sistemica del trauma*.
- Yalom I. (1974). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Torino: Bollati Boringhieri, 2005.
- Zanusso G., Giannantonio M. (1998). *Tossicodipendenza e comunità terapeutica. Strumenti teorici e operativi per la riabilitazione e la psicoterapia*. Milano: FrancoAngeli.

# Disulfiram: vecchio farmaco, nuove potenzialità?

Ruggero Merlini\*, Jonathan Toscano\*\*, Giuseppe Fiorentino\*\*\*

## Razionale

Il disulfiram è disponibile da circa 50 anni. La sua efficacia si basa su un "rinforzo negativo", ovvero nell'infondere al paziente la paura delle reazioni conseguenti al consumo di alcol in modo da indurlo ad evitarne il consumo. In realtà, il disulfiram è un inibitore enzimatico ad ampio spettro: oltre a provocare la cosiddetta flushing syndrome altera i livelli centrali e periferici della dopamina e della noradrenalina determinando una ridotta sintesi di noradrenalina e un concomitante aumento dei livelli di dopamina (1, 2). Gli studi hanno dimostrato che non esiste evidenza di efficacia del disulfiram vs placebo quando la sua somministrazione non avviene sotto diretta supervisione (3, 4). I vantaggi della supervisione (= monitoraggio dell'assunzione) sono descritti da Brewer e Meyer (5). L'assunzione può essere quotidiana o limitata a 3 volte la settimana da raggiungere almeno 1400 mg/settimana, o a dosi superiori, se il paziente riferisce di non aver sviluppato, in seguito all'ingestione di modiche quantità di alcol, una reazione abbastanza severa da figurare da deterrente. Dal dicembre 2020 a settembre 2023 abbiamo arruolato 51 pazienti (21 F, 30 M) di età compresa fra 20 e 69 aa, per 28 pazienti non è stato possibile individuare un caregiver. In questa corte di pazienti il nostro Servizio si è reso disponibile all'erogazione del farmaco per 3 volte/settimana (lun, mer, ven rispettivamente al dosaggio di 400 mg + 400 mg + 800 mg). Tutti i pazienti sono stati edotti della necessità di un caregiver; stante la sua efficacia quando somministrato sotto supervisione. Criteri di inclusione allo studio prevedevano esecuzione degli esami ematochimici, ECT addome, diagnosi secondo DSM-5. Criteri di esclusione: età < 18 aa, Child C, ipersensibilità individuale accertata vs il principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti, CAD, depressione maggiore grave, pregresso TS. A tutti i pazienti, previo consenso informato, è stato somministrato disulfiram (Antabuse dispergettes 400 mg/Etiltox compresse da 200 mg per 3 volte alla settimana). La maggior parte dei pazienti afferenti al NOA erano in trattamento con SSRI o ansiolitici per sindrome ansioso-depressiva. 12 pazienti vengono seguiti contestualmente dal CPS per disturbo di personalità: 10 facevano uso concomitante di cocaina; un caso di drop-out.

## Risultati

Nella ns esperienza la forbice di astensione dei nostri pazienti è compresa tra 90 e > 900 gg con ricadute fino ad un massimo di tre episodi nel 20% dei pazienti, con ripristino dell'avversivante dopo 72 ore di astensione e un breve ciclo di colloqui psicologici di supporto e motivazionale.

## Conclusioni

Il disulfiram è efficace quando è somministrato sotto supervisione anche se diversi autori dubitano che "l'estinzione" del consumo di bevande alcoliche possa verificarsi sotto tale terapia. Nella nostra esperienza un intervento multidisciplinare, psicologico e farmacologico permette ai pazienti di:

\* Medico epatologo, direttore UOC Servizio Dipendenze area sud, UOS Alcolologia, DSMD, ASST Melegnano e Martesana, Milano.

\*\* Medico specializzando in psichiatria, UOS Alcolologia, DSMD, ASST Melegnano e Martesana, Milano.

\*\*\* Coordinatore infermieristico Servizio Dipendenze Area Sud, UOS Alcolologia, DSMD, ASST Melegnano e Martesana, Milano.

- riabituarsi a vivere senza alcol e riconquistare la fiducia in ambito familiare e lavorativo;
- essere capaci di trarre benefici dalle altre terapie;
- essere in grado di frequentare le riunioni di AA o CAT, rinforzando il senso di appartenenza al gruppo e apprendendo e migliorando le proprie capacità nell'evitare le ricadute (coping skills).

I dati della letteratura suggeriscono il proseguimento della terapia per almeno 6 mesi, ma probabilmente, anche nella nostra esperienza il trattamento dovrebbe essere protratto. Sono stati segnalati in letteratura, alcuni dati sull'utilità del trattamento dell'abuso di cocaina con disulfiram. Alcuni studi clinici condotti in USA (10, 11, 12) suggerivano come la dipendenza da cocaina fosse associata a perturbazioni della trasmissione monoaminogenica cerebrale; questa disregolazione è alla base della depressione post-cocaina e del craving ed è quindi probabile che il disulfiram riduca il desiderio di abuso di cocaina attraverso l'incremento delle concentrazioni sinaptiche di dopamina (effetto anti-craving). Uno studio pubblicato da Carrol *et al.* nel 2004 (13) aveva ipotizzato che il disulfiram potesse agire direttamente sull'abuso di cocaina, riportando una riduzione delle assunzioni dopo trattamento combinato con disulfiram e terapia cognitivo-comportamentale. Rimangono i seguenti punti aperti:

- l'impianto sotto cute con preparazione a lento rilascio;
- la somministrazione depot.

L'impianto sottocute del disulfiram è stato descritto per la prima volta nel 1968 (6). L'efficacia dell'impianto rimane peraltro discutibile, dovuta sia alla impossibilità di monitorare i livelli ematici di disulfiram che alle complicanze, quali deiscenza della ferita e rigetto (7, 8). Uno studio turco (9) ha suggerito l'impianto di disulfiram nel piano intramuscolare subscapolare senza complicanze e con possibilità di reimpianto dopo 1 anno. In letteratura è altresì apparsa, senza troppi clamori, la descrizione di una formulazione iniettabile di disulfiram in soluzione acquosa: l'emivita del depot potrebbe dipendere dalla sua scarsa solubilità in acqua e dovrebbe mantenere l'effetto farmacologico per diverse settimane, con un'emivita approssimativamente di almeno una settimana (14).

## Riferimenti bibliografici

- Billur S. *et al.* (2014). Disulfiram implantation for the treatment of alcoholism: clinical experiences from the Plastic Surgeon's point of view. *Arch Plast Surg*, 41: 571-575.
- Brewer C., Meyer R.J. (2000). Does disulfiram help to prevent relapse in alcohol abuse?. *CNS Drugs*, 14: 329-341.
- Carrol K.M. *et al.* (2004). Efficacy of disulfiram and cognitive Behavior in cocaine dependent out patients: a randomized placebo-controlled trial. *Arc Gen Psychiatry*, 61(3): 264-272.
- Goldstein *et al.* (1964). Inhibition of dopamine beta- hydroxylase by disulfiram. *Life Sci*, 3: 763-767.
- Johnsen J. *et al.* (1987). A double-blind placebo controlled study of male alcoholics given a subcutaneous disulfiram implantation. *Br J Addict*, 82: 607-613.
- Hughes J.C., Cook C. (1997). The efficacy of disulfiram-a review of outcome studies. *Addiction*, 92: 381-396.
- Karamanakos *et al.* (2001). Differentiation of disulfiram effects on Central catecholamines effects and hepatic ethanol metabolism. *Pharmacol Toxicol*, 88(2): 106-110.
- Kellam A.M. *et al.* (1968). Disulfiram implantation for alcoholism. *Lancet*, 1: 925-926.
- Malcolm M.T., Madden J.S. (1973). The use of disulfiram implantation in alcoholism. *Br J Psychiatry*, 123: 41-45.
- McCance-Katz *et al.* (1998a). Chronic disulfiram treatment effects on intranasal cocaine administration: initial results. *Biol Psychiatry*, 43: 540-543.
- McCance-Katz *et al.* (1998b). Disulfiram effects on acute cocaine administration. *Drug Alcohol Depend*, 52: 27-29.
- Phillips M. (1987). *Injectable formulations of disulfiram for the treatment of alcoholism United States Patent*.
- Silva de Lima *et al.* (2002). Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review. *Addiction*, 97(8): 931-949.
- Wright C., Moore R.D. (1990). Disulfiram treatment if alcoholism. *Am J of Med*, 88: 647-655.

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



# Sportello GAP in Ospedale. Accessibilità senza etichette

Concettina Varango\*, Valentina Generani\*\*, Serena Marchesi\*\*\*, Giuliana Ravizza\*\*\*\*

## SUMMARY

■ *Following the implementation of DGR XI/585 of 1.10.2018, the Regional Action Plan GAP has been launched involving the Lodi ASST in actions to combat gambling.*

*In May 2022 one of the planned objectives was achieved, namely the opening of the dedicated hospital gate. Starting from the premises that led to the choice to create this new supply unit, this article aims to illustrate the experience so far ongoing and the first qualitative and quantitative data.* ■

**Keywords:** *Regional Action Plan GAP, Lodi ASST, Hospital gate, Qualitative and quantitative data.*

**Parole chiave:** *Piano Regionale d'Azione Gap, ASST Lodi, Sportello ospedaliero, Dati qualitativi e quantitativi.*

Tenuto conto della discrepanza tra l'impatto che il Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico ha nella popolazione lodigiana e il numero di persone che si rivolgono ai servizi, l'ipotesi che il progetto intende verificare è che la possibilità di accedere a servizi "anonimi" e privi di pregiudizio sociale possa favorire e superare alcune resistenze, quali la vergogna e lo stigma della dipendenza.

Obiettivo primario è quello di promuovere sul territorio un servizio dedicato ai giocatori e ai loro familiari che non hanno ancora raggiunto una piena consapevolezza del problema o che hanno bisogno di essere rassicurati in merito ai possibili percorsi terapeutici da intraprendere.

L'analisi dei dati finora raccolti (maggio 2022-giugno 2023) ci mostra come l'ipotesi iniziale possa essere perseguibile: si evidenzia infatti che il 59% della nuova utenza del Ser.D. con diagnosi da Disturbo da Gioco d'Azzardo è costituito da soggetti che hanno fatto accesso allo sportello ospedaliero e che la quasi totalità dei giocatori (96%) transitati dallo sportello ha accettato una successiva presa in carico presso il Servizio Dipendenze.

A partire dagli esiti descritti si può affermare la necessità che questa unità d'offerta sperimentale venga messa a regime garantendo sul territorio uno sportello dedicato a questa tipologia d'utenza.

## Introduzione

Nel 1980 l'American Psychiatric Association (APA) ha riconosciuto il Gioco d'Azzardo come un vero e proprio disturbo, dando una significazione diversa a quello che a lungo è stato considerato "solo un vizio".

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

\*\* *Psicologa psicoterapeuta, Servizio Dipendenze ASST di Lodi.*

\*\*\* *Psicologa psicoterapeuta, Servizio Dipendenze ASST di Lodi.*

\*\*\*\* *Assistente Sociale, Servizio Dipendenza ASST di Lodi.*

L'evoluzione tra il DSM-IV-TR e il DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2015) ha poi segnato una fase di svolta rispetto alla classificazione: da Disturbo del Controllo degli Impulsi, il Disturbo da Gioco d'Azzardo è passato ad essere considerato a tutti gli effetti una forma di dipendenza e classificato come tale.

Questa svolta ha fatto sì che il Ser.D. sia diventato a tutti gli effetti il servizio pubblico impegnato in prima linea per il trattamento del Gap.

Il Ser.D. di Lodi ha iniziato a registrare e a trattare i primi accessi di soggetti con Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) già nel 2004, quando ancora le prestazioni a favore di questo target d'utenza non rientravano nei Livelli Essenziali di Assistenza-LEA.

(Nel DPCM 12.1.2017 all'art. 28 "Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche" e all'art. 35 "Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche" il DGA è compreso fra le azioni elencate nell'allegato 1, che tratta dei programmi per la prevenzione collettiva e sanità pubblica e colloca le azioni per la prevenzione delle dipendenze, fra cui la ludopatia, nella sezione F dedicata alla "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani, ecc.").

Fino al 2008 il Servizio ha registrato una media annua di nuovi accessi pari a 12 soggetti.

A partire dal 2009 si è registrato un lento ma costante incremento fino a raggiungere 43 nuovi ingressi nel 2015, e 39 nel 2018.

I nuovi accessi al Servizio non hanno mai rispecchiato quantitativamente l'entità del problema sul territorio, tenendo conto che Lodi risulta tra le province lombarde dove si gioca di più ("Il fenomeno del gioco d'Azzardo in Lombardia" – Workshop tecnico regionale – 27 ottobre 2021).

Questo dato di realtà si può spiegare con le conosciute difficoltà del giocatore nel chiedere aiuto ma soprattutto nel rivolgersi al Ser.D., conosciuto sul territorio come un servizio per le tossicodipendenze.

In tempi più recenti anche la pandemia da Covid-19 e la paura di contrarre l'infezione presso le strutture sociosanitarie hanno contribuito a frenare gli accessi al Servizio, come dimostrato dal numero delle nuove prese in carico passate da 34 nel 2019 a 16 nel 2020 e a 6 nel 2021.

## Piano Locale GAP

Nel 2019 ha preso avvio il Piano regionale d'azione GAP che ha coinvolto tutte le ATS lombarde nella realizzazione, in ciascuna ASST, delle azioni previste dal Piano locale GAP (Piano Operativo Locale GAP ASST Lodi in attuazione della DGR XI/585 dell'1.10.2018 "Approvazione Programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico – Attuazione DGR 159 del 25.5.2018 e DGR 1497 dell'11.4.2017).

Nella prima annualità del progetto la ASST di Lodi è stata impegnata a potenziare il Servizio Dipendenze nella cura di pazienti sia affetti da Disturbo da Gioco d'Azzardo che poli dipendenti. La presa in carico presso il Ser.D. ha sempre previsto una prima fase valutativa multiprofessionale in quanto, come tutte le dipendenze, la sintomatologia multiforme che caratterizza il gioco d'azzardo, incide su aspetti fisici, psicologici e sociali dell'individuo (Pani e Biolcati, 2006).

Successivamente a questa fase viene condiviso con il paziente un progetto terapeutico personalizzato che tiene conto della complessità generale della situazione e delle risorse della persona e della sua rete di supporto.

A partire dalla seconda annualità l'obiettivo previsto dal Piano Locale GAP è stato quello di attivare uno sportello ospedaliero per contrastare il fenomeno del gioco d'azzardo sul territorio.

Questa necessità, individuata dal progetto nasce da alcune considerazioni e premesse fondamentali.

La letteratura e gli studi sul gioco d'azzardo mettono in evidenza uno scarto tra il bisogno supposto di aiuto e i numeri delle persone che si rivolgono ai servizi.

Purtroppo in Italia è difficile reperire una fonte di dati aggiornata rispetto all'epidemiologia del disturbo, ma i dati (Libro Blu dei Monopoli sul gioco d'azzardo in Italia, 2020) dimostrano che le persone che si rivolgono ai servizi costituiscono la punta dell'iceberg di un problema su vasta scala.

La difficoltà a chiedere aiuto, l'immagine stigmatizzata del Ser.D. come servizio per le tossicodipendenze, i sentimenti di vergogna, imbarazzo e orgoglio, gli orari limitati di accesso e la scarsa informazione incidono sicuramente nel mantenimento del fenomeno del sommerso.

In epoca di iperdiversità sempre più persone pongono poi la necessità di avere porte di ingresso multiple e percorsi di trattamento specifici.

## Lo Sportello Ospedaliero nella ASST di Lodi

Il gruppo di lavoro dedicato alla realizzazione del piano locale GAP, nella fase di progettazione dello sportello ospedaliero, ha valutato l'opportunità di dedicarsi contemporaneamente anche alla creazione di uno sportello online con l'obiettivo di costruire unità d'offerta che potessero rispondere ai bisogni emersi e alle criticità rilevate.

I due sportelli si propongono come due spazi, uno fisico e uno digitale/online, di accoglienza, ascolto, consulenza e orientamento sia per le persone che sentono di avere un problema con il gioco d'azzardo sia per i loro familiari o amici.

Diverse ricerche hanno infatti sottolineato la fatica del giocatore nel rivolgersi ai servizi, stimando come solo il 10% fra chi

sviluppa un DGA chiede aiuto (Loy, Grüne, Braun, Samuelsson, Kraus, 2018); ed è stata osservata l'alta probabilità che il primo contatto avvenga con un familiare preoccupato o confuso.

È la stessa scoperta progressiva dell'azzardo da parte dei familiari a risultare traumatica, generando un clima di sfiducia reciproca, esperienze cicliche di illusioni/delusioni, incertezza che determina ansia, paura e stress cronico (Capitanucci, 2012). La famiglia sembra essere significativamente pregiudicata anche dal punto di vista economico e questo fa sì che spesso sia essa stessa portatrice in primis di una richiesta di aiuto.

Una delle ipotesi iniziali del progetto era quindi quella di offrire ai familiari un luogo di ascolto e di aiuto nel cercare delle strategie per motivare la persona cara ad accedere allo sportello, lavorando fin da subito sul contesto familiare allargato.

I familiari infatti sono da sempre considerati una grande risorsa nel processo di cura, e numerose esperienze di coinvolgimento familiare ne testimoniano l'importanza (Haustein *et al.*, 1992; Abbott *et al.*, 1995; Hammond, 1997; Guerreschi, 2000).

Le caratteristiche e le potenzialità del nostro sportello ospedaliero sono da individuare in primo luogo proprio nella collocazione spaziale.

L'ospedale infatti, si offre come un luogo "neutro", a disposizione di qualsiasi cittadino, per diverse ragioni di cura.

Questo permette così di abbattere fin da subito pregiudizi ed etichettature.

Accedere liberamente in un ospedale ha sicuramente un impatto diverso rispetto al classico accesso al Ser.D., soprattutto in un contesto provinciale come quello del nostro territorio.

Come accade anche per le altre dipendenze (Beccaria *et al.*, 2015) il gioco d'azzardo è ancora concepito come un vizio, un comportamento oggetto di riprovazione morale.

Per ovviare ancor di più alla problematica dello stigma sociale e della vergogna, presente soprattutto nella fase iniziale di richiesta di aiuto, si è inoltre deciso di non connotare visibilmente lo spazio con denominazioni chiare sul gioco d'azzardo ma di nominare genericamente lo sportello "Spazio A" e di creare un logo che potesse richiamare il gioco d'azzardo con una lettura simbolica e relazionale (due figure connesse da un filo in un labirinto di carte).

La collocazione dello sportello in una zona estremamente visibile e di passaggio e l'accesso libero sono risultati essere degli ulteriori punti di forza di questa offerta.

## I dati

Lo sportello ospedaliero è stato inaugurato nel maggio 2022, e nel periodo dall'apertura al 30 giugno 2023 sono stati rilevati 56 accessi, di cui 27 giocatori e 29 familiari.

Della casistica in oggetto è importante specificare che i 29 familiari sono le prime persone che si sono rivolte allo sportello, a volte in compagnia della persona con il problema di gioco, altre volte da soli.

Le persone hanno raccontato di essere venute a conoscenza dello sportello ospedaliero in particolare attraverso due fonti.

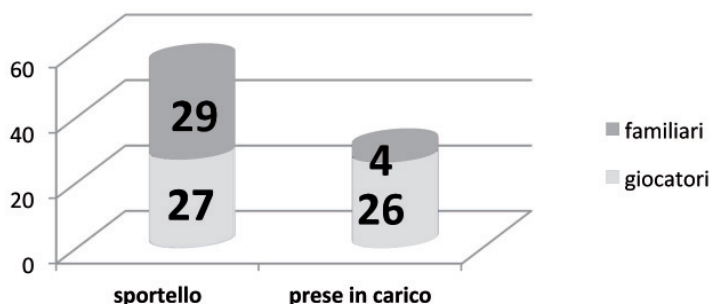
La prima ha riguardato canali digitali quali lo sportello online presente sul portale del servizio, [www.dipendenzelodi.it](http://www.dipendenzelodi.it) che, per il progetto, è stato interamente ripensato per facilitare la comunicazione tra il Servizio e la cittadinanza e dare rilevanza alle nuove unità d'offerta.

La seconda fonte fa riferimento alla campagna pubblicitaria promossa dal Servizio Dipendenze, anche attraverso canali artistici cittadini, quali rappresentazioni teatrali e mostre fotografiche.

Dopo una prima accoglienza, le persone che hanno accettato una presa in carico presso il Ser.D. sono state complessivamente

te 30 (26 giocatori e 4 familiari). Inoltre 10 familiari hanno aderito al gruppo di Auto Mutuo Aiuto, avviato nel maggio 2023. Come si può osservare dal grafico sottostante, quasi la totalità dei giocatori (96%) che hanno fatto accesso allo sportello hanno poi accettato di essere presi in carico al Servizio. Solo il 15% dei familiari ha proseguito con un percorso terapeutico individuale, avendo trovato probabilmente nella fase di accoglienza un supporto che non ha avuto necessità di esitare in una presa in carico tradizionale.

Fig. 1



Un altro dato interessante riguarda l'utenza incidente, cioè i soggetti che per la prima volta si sono rivolti al Servizio. Nel periodo considerato i nuovi utenti con diagnosi da Disturbo da Gioco d'Azzardo sono stati complessivamente 32 di cui 19, pari a ben il 59%, sono transitati dallo sportello ospedaliero.

Fig. 2



Da una prima osservazione eseguita in questo periodo e come raccontato dalle persone arrivate allo sportello, la possibilità di effettuare un primo colloquio di accoglienza in un luogo diverso dall'ambulatorio Ser.D. è spesso uno stimolo che porta alla richiesta di aiuto, e questo sembra valere sia per i giocatori sia per i familiari.

Possiamo ipotizzare che i familiari, ancor più che i giocatori, avvertano delle resistenze nel rivolgersi al Ser.D., sia perché ignorano che la cura del gioco d'azzardo avvenga anche presso questo Servizio, sia perché non si riconoscono nel contesto.

Questo è confermato sia dai racconti delle persone che abbiamo incontrato, sia dall'alta percentuale di familiari che ha contattato lo sportello.

Una possibile lettura psicologica riguarda la fatica di introdurre nel sistema familiare il tema della diagnosi di dipendenza, spesso vissuta in modo ambivalente.

Se in alcuni casi infatti la diagnosi può dare una cornice di senso ad un problema a tratti incomprensibile, dall'altra continua a spaventare il familiare, in quanto il sentire comune vede tutt'ora nella dipendenza una malattia cronica e incurabile.

A questo proposito lo sportello si offre come un accompagnamento al Ser.D., servizio preposto alla diagnosi e alla cura, fornendo tutte quelle informazioni preliminari che avvicinano

emotivamente e razionalmente alla comprensione della diagnosi stessa.

Diversi studi in letteratura mostrano la difficoltà del giocatore d'azzardo a chiedere aiuto e l'illusione di controllo come una delle distorsioni cognitive tipiche del disturbo. Custer (1982) con il modello a fasi della "carriera del giocatore" ha messo in evidenza come spesso la richiesta d'aiuto avvenga nella fase della disperazione, quando ormai la persona sente di aver toccato il fondo e quando il funzionamento globale del singolo e del sistema familiare risulta molto compromesso.

Lo sportello offre un'opportunità di intercettare il disagio in una fase precedente, soprattutto attraverso i familiari che si fanno portatori della richiesta d'aiuto prima dei loro cari.

Ipotizzare insieme al familiare in quale fase "della carriera del giocatore" la persona si trovi, ci aiuta a pensare quali strategie poter mettere in campo, dando anche suggerimenti pratici.

Quando, ad esempio, dalla narrazione del familiare risulta evidente che il giocatore si trova nella fase vincente, ipotizziamo che difficilmente verrà spontaneamente al Servizio, avendo ancora una scarsa consapevolezza del problema.

In questo caso proponiamo un supporto al familiare che lo aiuti nella comprensione e nella gestione della situazione e, sulla base delle informazioni personali raccolte per ogni singola situazione, mettiamo in atto strategie individualizzate per cercare di agganciare il paziente.

Questa fase può avere dei tempi dilatati, difficilmente compatibili con quelli del servizio pubblico, che deve rispettare tempistiche regionali rispetto alla valutazione e alla presa in carico del paziente.

Spesso i familiari arrivano arrabbiati, increduli e delusi dal loro caro, ed è importante offrire loro un sostegno e una validazione delle emozioni provate, ma anche dare delle informazioni rispetto alla patologia e suggerire modalità comunicative funzionali.

Un comportamento punitivo, per esempio, spesso può generare un effetto "collaterale", con un'escalation simmetrica pericolosa (Bateson, 2000) che allontana la possibilità che il paziente si rivolga al Servizio sentendosi poco compreso e svalutato.

In alcuni casi è stata funzionale la possibilità di chiamare in orari serali lo sportello online trovando un operatore pronto ad un colloquio telefonico e in grado di accogliere vissuti di vergogna e sofferenza fino a quel momento vissuti in una dimensione intima e solitaria.

La chat e una linea telefonica dedicata si stanno dimostrando, per la loro immediatezza, strumenti comunicativi innovativi ed efficaci.

Si evidenzia per esempio come i ragazzi appartenenti alle nuove generazioni, utilizzino spesso questa modalità, dandoci un feedback positivo.

Un'ultima considerazione rispetto ai possibili punti di forza di queste nuove realtà, riguarda lo stile comunicativo scelto dagli operatori del Servizio.

Si è infatti ritenuto utile poter uscire dai panni istituzionali ai quali si era abituati.

Pur mantenendo l'imprescindibile rigore etico e professionale, le diverse tempistiche e le variabili di setting, ci permettono di sentirci ed essere sentiti più vicini alle persone che incontriamo.

## Conclusioni

Come dimostrato dai dati, questa nuova unità d'offerta si sta dimostrando efficace nell'agganciare precocemente i giocatori e i loro familiari: le persone si sentono più tutelate a portare il di-

saggio che stanno vivendo in una realtà, come quella ospedaliera, che ha una forte identità sanitaria, priva di etichette cariche di pregiudizi.

I soggetti che sono entrati in contatto con il nostro sportello sono prevalentemente giocatori puri lontani dalle realtà legate al mondo della dipendenza da sostanze e pertanto molto resistenti ad accedere al Ser.D.

La scelta di organizzazione dello sportello, la possibilità di accedere liberamente senza tempi di attesa e le modalità di accoglienza e ascolto, stanno probabilmente giocando un ruolo favorevole alla buona riuscita del progetto.

Per quanto riguarda le criticità finora riscontrate nella messa in atto del progetto, si evidenzia il rischio che queste nuove unità di offerta vengano percepite come separate dal Ser.D., non solo in termini logistici ma anche di cura.

Questo rischio riguarda sia lo sguardo interno degli operatori, sia la percezione dell'utenza.

È stato necessario un lavoro di integrazione e continuità prima di tutto da parte degli operatori dei due servizi, per poter poi proporre un'unità di offerta integrata e complessa nelle sue differenze.

Nell'ottica di possibili sviluppi futuri, questi primi risultati positivi incoraggiano nel sostenere la necessità che questi sportelli vengano messi a regime, e che si possano prevedere luoghi dedicati a tipologie di dipendenza diverse, che tengano conto dei bisogni e delle caratteristiche specifiche.

## Riferimenti bibliografici

- Abbott D.A., Cramer S.L., Sherrets S.D. (1995). Pathological gambling and the family: Practice implications. *Families in society*, 76(4): 213-219.
- Bateson G., Longo G. (2000). *Verso un'ecologia della mente* (Vol. 17). Milano: Adelphi.
- Beccaria F., Rolando S., Hellman M., Bujalski M., Lemmens P. (2015). From criminals to celebrities: Perceptions of "the addict" in the print press from four European countries from nineties to today. *Substance Use & Misuse*, 50(4): 439-453.

- Capitanucci D. (2012). L'anello debole della catena. Essere figli in una famiglia con un problema di gioco. In: *Il contesto del gioco d'azzardo patologico*. Gallarate (Va): Associazione And-Azzardo e Nuove Dipendenze, Centro Internazionale Studi Famiglia.
- Croce M., Reynaudo M., Rascazzo F. (2010). Giocatori e famiglie. Primi dati sulla risposta di aiuto e accoglienza. *Ricerche di Pedagogia e Didattica. Journal of Theories and Research in Education*, 5(2).
- Custer R. (1982). An overview of compulsive gambling. In: Caron P.A., Yolles S.F., Kieffen S.N. (a cura di), *Addictive Disorders Update: alcoholism, drug abuse, gambling*. New York: Human Science Press, pp. 107-124.
- Da Dipendenza U.P. (2007). Ambulatorio per il Gioco d'Azzardo Patologico.
- Della Salute M., Linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da gioco d'azzardo patologico (GAP).
- Guerreschi C. (2000). *Giocati dal gioco: quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d'azzardo patologico*. San Paolo.
- Hammond G. (1997). Problematic gambling patterns: Approaching a systemic view. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 18(4): 203-209.
- Haustein J., Schürgers G. (1992). Therapy with male pathological gamblers: Between self-help group and group therapy – Report of a developmental process. *Journal of Gambling Studies*, 8: 131-142.
- La Rosa F. (2016). Il gioco d'azzardo in Italia: contributi per un approccio interdisciplinare. *Il gioco d'azzardo in Italia*, 0-0.
- Lipari A., Scardina S. (2018). Intervento integrato multidimensionale di matrice sistemica contro il Gioco d'Azzardo Patologico. In: Pacifici R., Giuliani M., La Sala L. (a cura di), *Rapporto Istisan*, 18, 5, *Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale*.
- Loy J.K., Grüne B., Braun B., Samuelsson E., Kraus L. (2018). Help-seeking behaviour of problem gamblers: a narrative review. *SUCHT*, 64(5-6): 259-272.
- Nava F. (2017). La modernità grave; della clinica delle dipendenze: fra mutazioni e cambiamenti scientifici per un diverso approccio clinico ed organizzativo dei Servizi. *Mission*, 47.
- Pani R., Biolcati R. (2006). *Le dipendenze senza droghe. Lo shopping compulsivo, Internet e il gioco d'azzardo*. Utet.

## RECENSIONE



Mauro Di Lorenzo

### **GIOVANI ADULTI IN CRISI COMPRENDERE E AFFRONTARE GLI OSTACOLI NEL PERCORSO FORMATIVO**

Collana: Adolescenza, educazione  
e affetti

euro 27,00

Editore: FrancoAngeli

Il libro approfondisce le fisiologiche criticità del giovane adulto, delineando i principali conflitti e ostacoli che incontra nell'affrontare i compiti di crescita. In particolar modo, analizza le motivazioni affettive ed evolutive delle difficoltà nel realizzare progetti formativi efficaci. Approfondisce inoltre il ruolo affettivo dei giovani universitari e i profili di quelli che si bloccano durante i percorsi di studio: da chi procrastina o pretende da sé una perfezione inarrivabile a chi permane in una eterna indecisione o viene pervaso da fantasie anche violente o autolesive, che segnalano l'impossibilità di superare questi ostacoli.

Per comprendere e intervenire sui blocchi nel percorso formativo non basta ascoltare i giovani, ma occorre allargare lo sguardo anche al loro contesto e in particolare ai loro genitori.

Anche grazie alla presentazione di numerosi casi esemplificativi tratti dall'esperienza dell'autore, il volume fornisce ai terapeuti e agli operatori che incontrano giovani adulti in crisi, ma anche ai loro familiari, utili indicazioni per aiutarli a ripartire nel loro percorso di crescita.

**Mauro Di Lorenzo** è psicoterapeuta e socio dell'Istituto Minotauro di Milano, dove coordina il gruppo clinico che si occupa di giovani adulti e adulti ed è membro dell'équipe psicologica dei servizi della giustizia minorile. È direttore della Scuola di specializzazione in Psicoterapia dell'adolescente e del giovane adulto del Minotauro e professore a contratto di Psicodiagnostica e test presso l'Università degli Studi di Pavia.

20 24  
Scuola di formazione  
"Rita Levi Montalcini"  
FeDerSerD

FeDerSerD  
FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI  
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

**PERCORSO FORMATIVO  
DI SPECIALIZZAZIONE  
NELL'AREA DELLE DIPENDENZE  
PATOLOGICHE**

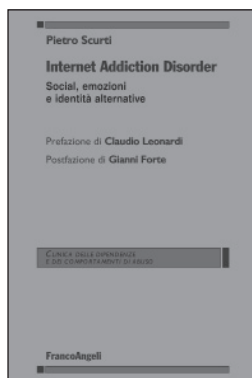
**MASTER per professionisti under 40  
e neo assunti nel sistema  
di intervento italiano delle Dipendenze**

**3<sup>a</sup> edizione**

**13 MAGGIO • 30 SETTEMBRE 2024**  
**48 ore in 12 giornate webinar – crediti FORMATIVI ECM**

INFO **EXP POINT** CONGRESSI • EVENTI • COMUNICAZIONE [formazioneadistanza@expopoint.it](mailto:formazioneadistanza@expopoint.it) | [www.federserd.it](http://www.federserd.it) | [www.expopoint.it](http://www.expopoint.it)

## RECENSIONE



Pietro Scurti

### INTERNET ADDICTION DISORDER SOCIAL, EMOZIONI E IDENTITÀ ALTERNATIVE

Collana: Clinica delle dipendenze  
e dei comportamenti di abuso  
euro 23,00

Editore: FrancoAngeli

Cosa si intende per Internet Addiction Disorder (IAD)? Esistono caratteristiche di personalità e modalità relazionali che maggiormente espongono, o viceversa proteggono, dallo sviluppare dipendenza dalla Rete? Quali tipologie di adolescenti e adulti arrivano a configurarsi come “social network addicted”? In che modo si correlano la dipendenza affettiva e quella da Internet?

A questi e altri interrogativi prova a rispondere questo libro attraverso un lavoro critico che vuole stimolare il clinico delle dipendenze verso la strutturazione di programmi di prevenzione e di intervento, che abbiano un reale impatto terapeutico sul fenomeno complesso delle dipendenze da Internet.

Il volume delinea un percorso che si snoda dall'analisi della rivoluzione tecnologica alla stanza della terapia, passando per i dati

di ricerca e indagando il mondo delle identità virtuali: mondi digitali, dove è più facile costruirsi Avatar e profili ideali che sostituiscano un Sé ritenuto poco attraente e presentabile. La sfida per gli operatori delle dipendenze, ma anche per gli educatori e per quanti si occupano delle relazioni d'aiuto, è quella di costruire un linguaggio nuovo a fronte di un mondo che, mai come in quest'epoca, sta scavando un iato tra le generazioni. Vuoto di senso in cui giovani e adulti abitano dimensioni esistenziali solo apparentemente inconciliabili.

Obiettivo del testo è proprio ricucire questo strappo comunicativo, ponendo al centro di qualunque modello teorico e d'intervento terapeutico la necessità di scoprire e condividere un codice emozionale, affettivo, soppiantato dai likes e dai followers, per permetterci, finalmente, di essere tutti protagonisti di un futuro che è già presente.

**Pietro Scurti**, psicologo dirigente dell'Asl Napoli 2 nord Ser.D. di Casavatore. Psicoterapeuta, ipnoterapeuta e didatta della Scuola di specializzazione in psicoterapia sistemico-relazionale I.Te.R. di Napoli e Caserta. Presidente del comitato tecnico scientifico della SIPAD Campania (Società Italiana Patologie da Dipendenza). Autore di numerosi volumi e articoli scientifici sulle dipendenze patologiche e sulla psicoterapia grupppale, per i nostri tipi ha pubblicato: *Psicoterapia delle dipendenze. Contesti, percorsi e strumenti terapeutici* (2021).

# Connessi e vicini: un gruppo di Auto Mutuo Aiuto per i familiari dei giocatori d'azzardo. L'esperienza sul territorio lodigiano

Serena Marchesi\*, Concettina Varango\*

## SUMMARY

■ *The GAP Local Plan (of the Health Protection Board) provides for a self-help group aimed at families of gamblers. In fact, Gambling Disorder (DSM V) does not only directly involve people who have a gambling problem but also their family members and loved ones; emotionally, economically and socially. Furthermore, the discomfort of the individual often speaks of a group dynamic, of collective suffering. In families the transaction is circular (Selvini, 1975).*

*The Self Mutual Help group created is open to all citizens, as well as to family members of people who have already turned to the Addiction Service for a gambling problem.*

*Self-help groups are based on the natural ability of human beings to be in relationship with each other and to support each other in times of difficulty and it is from these premises that this group also began.*

*The article aims to recount, starting from the fundamentals of mutual self-help, the experience of the first AMA group aimed at family members of gamblers, promoted by the Addiction Service, in the Lodi area.*

*The first observations can be useful for future years and to better develop an opportunity which has as its premise that of helping more and more people who find themselves facing a moment of difficulty.*

*It is precisely the progressive discovery of gambling by family members that is traumatic, generating a climate of mutual distrust, cyclical experiences of illusions/disappointments, uncertainty that determines anxiety, fear and chronic stress (Capitanucci, 2012).*

*The Auto Mutuo Aiuto group can help to emerge from isolation, increase solidarity, understand internal and external dynamics, stimulate new perspectives, bring out resources, feel capable and active. In the ecological-social approach, the family is seen not only as a possible part of the problem, but also and above all as a system open to the community, capable of exchanges and equipped with its own resources to be exploited. ■*

**Keywords:** *Self-help group, Pathological Gambling, Family members.*

**Parole chiave:** *Gruppo di auto aiuto, Gioco d'azzardo patologico, Familiari.*

## Introduzione

All'interno della IV annualità del progetto Piano Locale Gap finanziato da ATS (DGR XI/585 dell'1.10.2018) l'équipe del Servizio Dipendenze dell'ASST di Lodi che si occupa del Gioco d'Azzardo Patologico, ha deciso di avviare un Gruppo di Auto Mutuo Aiuto rivolto ai familiari dei giocatori d'Azzardo.

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DSM V-American Psychiatric Association, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2013) infatti, non coinvolge solo direttamente le persone che hanno un problema di gioco ma anche i loro familiari e i loro cari; sul piano emotivo, economico e sociale.

Inoltre, spesso il malessere del singolo parla di una dinamica di gruppo, di una sofferenza collettiva. Nelle famiglie la transazione è circolare (Selvini, 1975).

Il gruppo di Auto Mutuo Aiuto creato è aperto a tutta la cittadinanza, oltre che ai familiari di persone che già si sono rivolte al Servizio Dipendenze per un problema di gioco.

A fondamento dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto vi è la naturale capacità degli esseri umani di stare in relazione tra loro e di sostenersi nei momenti di difficoltà ed è da queste premesse che ha preso avvio anche questo gruppo.

L'articolo si propone di raccontare, a partire proprio dai fondamenti dell'auto mutuo aiuto, l'esperienza del primo gruppo di AMA rivolto ai

familiari dei giocatori d'azzardo, promosso dal Servizio Dipendenze, nel territorio Lodigiano.

Le prime osservazioni possono essere utili per le annualità future e per sviluppare al meglio un'opportunità che ha come premessa quella di aiutare sempre più persone che si trovano ad affrontare un momento di difficoltà.

È proprio la scoperta progressiva dell'azzardo da parte dei familiari a risultare traumatica, generando un clima di sfiducia reciproca, esperienze cicliche di illusioni/delusioni, incertezza che determina ansia, paura e stress cronico (Capitanucci, 2012).

Il gruppo di Auto Mutuo Aiuto può aiutare ad uscire dall'isolamento, incrementare la solidarietà, comprendere dinamiche interne ed esterne, stimolare nuove prospettive, far emergere risorse, sentirsi capaci e attivi.

Nell'approccio ecologico-sociale la famiglia viene vista non solo come possibile parte del problema, ma anche e soprattutto come un sistema aperto alla comunità, capace di interscambi e dotata di proprie risorse da valorizzare.

## 1. Dai fondamenti dell'Auto Mutuo Aiuto alla progettazione del gruppo di Lodi

L'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) nel 2011 definisce l'Auto-Mutuo-Aiuto (AMA) come "l'insieme di tutte le misure adottate da figure non professioniste per promuovere, mantenere o recuperare



la salute, intesa come completo benessere fisico, psicologico e sociale in una determinata comunità”.

Il primo gruppo di Auto Mutuo Aiuto si è formato nel 1935 negli Stati Uniti, quando due persone con dipendenza da alcol scoprirono di poterla affrontare affidandosi all'aiuto reciproco.

Notarono inoltre che gli ex alcolisti potevano essere una buona risorsa nell'affiancare e accompagnare le persone con un problema attivo.

Dagli anni '70 in poi, i gruppi di auto mutuo aiuto si sono sviluppati anche in Italia; sono nate infatti diverse realtà con l'obiettivo di supportare persone che condividevano la stessa condizione di malattia, dipendenza, dolore o perdita.

Parlare di un tempo così lontano può far venire il dubbio che si tratti di interventi “vecchi”, mentre invece ipotizziamo che sia soprattutto nella società odierna che torna forte la necessità di interventi che mettano in prima linea le persone.

Gregory Bateson direbbe che “il tempo è fuori squadra” (1978) sollecitando la responsabilità individuale e la presa di coscienza ove ci siano idee e azioni obsolete, che non tengono conto delle persone coinvolte. Nella Carta di Ottawa (prima conferenza internazionale sulla promozione della salute) del 1986 l'OMS sottolineava l'importanza di decentrare i servizi e di far partecipare gli utenti alla gestione degli stessi, superando l'ottica riparativa e promuovendo la salute, prima di prevenirla.

I gruppi di Auto Mutuo Aiuto nascono di solito come rete secondaria e spontanea, a partire dall'iniziativa di cittadini che propongono degli incontri a cadenza regolare, per affrontare insieme un problema comune.

Esperienza comune è che gli individui faticano ad essere obiettivi quando una situazione li riguarda da vicino, mentre sono propensi a dare consigli ad altri.

In Italia la panoramica dell'auto mutuo aiuto mette in luce una specificità: l'80% dei gruppi sono promossi da professionisti del pubblico e del privato sociale, come nel caso riportato in questo articolo.

In una società che a lungo sembra essersi privata dell'esperienza negativa, nutrendosi di falsi sorrisi da copertina, i gruppi di Auto Mutuo Aiuto ci possono ricordare l'esperienza terapeutica della sofferenza comune.

Salvatore Natoli (2017) parla di delirio di sufficienza, all'interno di una società egoica che sempre più tende ad isolare il singolo, che si sente appunto bastare a se stesso.

La dimensione dell'Auto Mutuo Aiuto recupera il valore della condivisione, della comunione, della sacralità e della ritualità.

Il Servizio Dipendenze di Lodi da quattro anni partecipa al Piano Locale GAP promosso da ATS, e in questa annualità ci si è proposti di avviare un gruppo di Auto Mutuo Aiuto, rivolto ai familiari dei giocatori d'azzardo.

Il gruppo è aperto a tutta la cittadinanza, oltre che ai familiari di persone che già si sono rivolte al Servizio Dipendenze per un problema di gioco.

L'idea e la progettazione del gruppo nascono dalle premesse scritte finora e da riflessioni che coinvolgono ad ampio raggio le basi dell'intero progetto, tra le quali quella di poter raggiungere quante più persone possibili, che si trovano ad affrontare direttamente o indirettamente una dipendenza da Gioco d'Azzardo; in questo caso di un proprio caro. Il “sommerso” nel fenomeno del gioco d'azzardo è infatti un problema che riguarda non solo il territorio lodigiano, ma quello nazionale.

Si è scelto di promuovere un gruppo omogeneo (ossia di persone che condividono lo stesso problema) che avesse come destinatari i familiari, sulla base delle osservazioni raccolte nel corso di queste annualità all'interno del progetto Piano Locale GAP.

Spesso sono infatti i familiari i primi a rivolgersi al servizio, soprattutto in una fase preliminare, quando ancora il loro caro non è convinto di chiedere aiuto.

Basti pensare che nel 2023 quasi la totalità dei primi accessi registrati presso lo sportello Ospedaliero GAP ([www.dipendenzelodi.it/sito/gioco-dazzardo-sportello](http://www.dipendenzelodi.it/sito/gioco-dazzardo-sportello)) presente nell'ospedale di Lodi, ha riguardato proprio i familiari di giocatori.

Si è rilevato inoltre che, anche dopo aver avviato la presa in carico del giocatore presso il Servizio Dipendenze, i familiari continuano a cercare supporto attraverso i canali disponibili, ad esempio con telefonate e messaggi allo sportello online.

Si è quindi pensato che un gruppo di Auto Mutuo Aiuto potesse essere utile per trovare un ascolto continuativo, in uno spazio protetto in cui poter esprimere i loro sentimenti, non sempre di facile condivisione e accoglienza; in un clima reciproco di accettazione e non giudizio.

Fondamento del gruppo di Auto Mutuo Aiuto è anche la parte di azione.

Non si tratta infatti solamente di gruppi di discussione; le persone vengono spronate all'agentività, con l'idea che il cambiamento passi attraverso l'azione, e che si possa imparare e cambiare facendo, sperimentando nuove modalità di stare insieme e con l'altro.

Il gruppo dei pari si presenta come un'opportunità di sostegno priva di tutti i condizionamenti tipici dell'Istituzione.

È aperto, accessibile a tutti e gratuito.

Ognuno è responsabile di se stesso e in gruppo si impara a non sostituirsi all'altro, ma a condividere riflessioni e ipotesi.

Questo apprendimento non è utile solo alla buona riuscita degli incontri, ma può essere anche sperimentato poi nella relazione di aiuto con il proprio caro.

Si acquisisce un deuterio-apprendimento, cioè quel particolare tipo di apprendimento “collaterale” a qualsiasi altro processo di apprendimento, che fa sì che non solo si apprenda, ma si apprenda anche ad apprendere (Bateson,1977).

## 2. L'esperienza del Gruppo di Auto Mutuo Aiuto presso lo Sportello Ospedaliero GAP di Lodi

### 2.1. Popolazione target e metodologia

Il gruppo di Auto Mutuo aiuto per i familiari dei giocatori d'azzardo ha avuto inizio a maggio 2023, dopo una fase di progettazione, che ha previsto l'invito allo stesso di alcune persone che erano entrate in contatto con il servizio dipendenze, proprio per un loro familiare con un problema di gioco.

Si è individuato come spazio lo Sportello Ospedaliero GAP, per la sua ideale collocazione in un punto centrale della città, ma che potesse anche garantire privacy ed anonimato.

Il gruppo si è svolto in orario serale il mercoledì, ogni due settimane.

La scelta di un gruppo a cadenza bisettimanale, che si differenzia dalla cadenza settimanale prevista dalla maggior parte dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto, è stata necessaria per rispettare vincoli logistici e organizzativi.

Quella che in un primo momento si poteva considerare una scelta deficitaria, si è poi rivelata utile nel lasciare un periodo di tempo maggiore alle persone, per poter elaborare quanto circolato in gruppo e per poter sperimentare le ipotesi di azione emerse nello stesso.

Gli incontri vengono scanditi da alcuni momenti rituali, come quello della lettura del diario di bordo con le annotazioni prese a turno dai partecipanti circa l'incontro precedente.

Quando qualcuno non può essere presente al gruppo, al suo posto si lascia una sedia, recuperando la sua assenza, come se partecipasse lo stesso, nella mente degli altri partecipanti.

Al primo incontro hanno partecipato 10 persone, tra cui fratelli, sorelle, mamme e figli di persone con un Disturbo da gioco d'azzardo, e una facilitatrice. In totale nel corso dell'anno le presenze sono state 13, con una media di 6/7 persone a incontro.

La quasi totalità delle persone presenti aveva al momento dell'incontro, già preso contatti con il Servizio Dipendenze per una fase di valutazione per il proprio caro.

La maggior parte di loro si era rivolta in prima persona allo Sportello Ospedaliero per chiedere aiuto. Una signora aveva appreso la notizia del gruppo da un articolo di giornale e aveva contattato il numero di riferimento per partecipare.

Almeno altre quattro persone nel corso dell'anno hanno chiamato per avere informazioni e si sono dette interessate al gruppo, ma non si sono ad oggi ancora presentate ad un incontro.

### 2.2. Principali tematiche

Le tematiche affrontate non sono mai state definite a priori, ma sono emerse spontaneamente durante il percorso di gruppo.

I primi incontri hanno avuto come principale oggetto di discussione la scoperta da parte dei familiari del problema di gioco del loro caro.

Ognuno dei partecipanti portava sentimenti di sgomento e sorpresa, anche se alcuni verbalizzavano il fatto di aver avuto qualche sospetto. La condivisione di questa prima esperienza è stata importante sia per iniziare a legittimare i sentimenti in circolo: vergogna, senso di colpa, frustrazione, paura; sia per focalizzare l'attenzione su quelli che sono stati e possono continuare ad essere dei campanelli di allarme, da alcuni sottovalutati.

Tra questi si possono elencare: l'irritabilità e l'irrequietezza, la tendenza a dire bugie o ad omettere informazioni, la sparizione di soldi, un tono dell'umore molto variabile, lassi di tempo in cui il familiare risultava irreperibile, conflittualità in aumento, ricerca di soldi ad amici e parenti e molte altre.

L'eterogeneità del gruppo dei giocatori, i cari appunto, ha poi messo in luce quanto il Disturbo da Gioco d'Azzardo possa manifestarsi a qualsiasi età, in diversi contesti socioeconomici, e in diverse fasi del ciclo di vita.

L'aspetto importante, oltre a quello di apprendimento, era quello di sentirsi meno soli, meno isolati. L'idea del "perché è capitato proprio a noi?", iniziava a dettare ai partecipanti a modificarsi e con essa anche il senso di colpa poteva essere messo in discussione.

La possibilità che il giocatore metta in atto un cambiamento ha a che fare anche con la possibilità dei familiari di guardare la situazione complessiva da un punto di vista diverso.

Per esempio, nel gruppo, i familiari iniziano ad apprendere, attraverso le comuni esperienze, che quando il giocatore si trova in una fase acuta del problema, è quasi impossibile che riesca a pensare agli altri; ed è quindi fondamentale che per aiutarsi e aiutarlo si sforzino anch'essi di uscire da dinamiche ego-centrate.

In una fase successiva, e quasi in tutti gli incontri, si è molto discusso della situazione finanziaria ed economica causata dal gioco d'azzardo del proprio caro.

Il tema era infatti oggetto di forte preoccupazione per alcuni, e forse di eccessiva leggerezza da parte di altri.

Queste differenze sono emerse nel confronto diretto e sincero tra i partecipanti, che hanno messo in luce come per alcuni gli altri dovevano essere più comprensivi, tolleranti e meno controllanti; mentre per altri circolava un'eccessiva sottovalutazione di quello che poteva diventare un grande problema. Questi scambi diretti e sinceri hanno permesso a diversi familiari di mettersi in discussione, e di provare a modificare le strategie utilizzate fino a quel momento.

Il gruppo sente la sua forza quando le azioni pensate insieme sembrano funzionare, e quando i partecipanti si rinforzano e ringraziano a vicenda per i punti di vista scambiati.

Il tema delle menzogne è un altro di quelli fortemente affrontati negli incontri di gruppo.

Ricordiamo la domanda di una mamma al primo incontro, rivolta a se stessa e al gruppo: "ma ci è, o ci fa?".

Nella semplicità di questo interrogativo stavano pensieri e sentimenti dolorosi. Perché mio figlio mi mente spudoratamente? Lo fa apposta o non può farne a meno?

L'uso della menzogna come meccanismo di difesa è stato riscontrato nel 44% dei giocatori d'azzardo (Serpelloni, 2013).

L'esperienza di ritrovarsi in situazioni comuni, di condividere storie simili da questo punto di vista, ha permesso ai partecipanti di ipotizzare e capire che questo aspetto non avesse solo a che fare con il loro caro e la relazione con lui/lei, ma che probabilmente le menzogne avessero un ruolo centrale nel Disturbo.

Acquisire questa consapevolezza significa decentrare il problema dall'individuo, e ha permesso ad alcuni partecipanti di iniziare a sentirsi meno rancorosi con il proprio familiare e ad entrare in una dimensione maggiormente empatica.

Anche il tema della rabbia è stato centrale in questa prima esperienza. Come detto, quasi la totalità dei familiari aveva già ricevuto una diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo per il proprio caro.

La doppia valenza della diagnosi non è un fatto nuovo in letteratura. Se da una parte infatti riceverla può avere un valore positivo per iniziare a significare cosa sta accadendo, dall'altro porta con sé dubbi e paure.

Capire che il gioco d'azzardo è una dipendenza stimola la paura della cronicità, ad esempio.

Si può guarire? Cosa significa essere guarito?

Negli incontri è emerso però, che se le paure si possono esprimere, la rabbia a volte subisce una censura.

Nei primi incontri questa emozione circolava, ma solo nel non verbale, come se fosse un tabù.

Si percepiva in alcuni sguardi durante i racconti, dai corpi tesi, dal tono della voce, ma non se ne parlava.

È stato un uomo a "svelarsi", dopo alcuni incontri, e ad esplicitare che nonostante stesse comprendendo il Disturbo da Gioco d'Azzardo nella sua complessità, non poteva fare a meno di sentirsi adirato con il proprio caro.

L'effetto di questa self disclosure sul gruppo, ha avuto un impatto immediatamente visibile, come se tutti si fossero sentiti liberati da un segreto e legittimati nei sentimenti.

Quasi tutti hanno immediatamente raccontato la loro rabbia.

Cosa ancora più sorprendente, è stata la capacità del gruppo di autoregolarsi, preservando un'omeostasi funzionale, condividendo in primis empatia, e successivamente iniziando a dare consigli l'un l'altro rispetto a quello che ognuno avrebbe potuto provare a mettere in atto per gestire questa emozione scomoda.

Il timing di quello che è accaduto non sembra essere casuale.

Il fatto che siano serviti più incontri per arrivare a questo punto, fa fare delle ipotesi rispetto al bisogno di sentirsi maggiormente intimi e al sicuro prima di esporsi; ed è necessario del tempo affinché questi sentimenti possano svilupparsi.

### 3. Il ruolo del facilitatore

Il facilitatore è un ruolo delicato all'interno del gruppo di auto mutuo aiuto.

Fondamentale soprattutto nelle prime fasi, può con il tempo "guadagnare" un posizionamento maggiormente sullo sfondo, quando il gruppo è stato avviato e ha sviluppato un buon equilibrio tra il mantenimento dell'omeostasi, e la valorizzazione delle differenze individuali. Il facilitatore è un protagonista che si inserisce e lavora nel gruppo in modo del tutto paritario agli altri (Calcaterra, 2013).

È fondamentale che il facilitatore non si presenti, e non venga avvertito, come figura accentratrice all'interno del gruppo, a cui rivolgere le domande.

Il gruppo di Auto Mutuo Aiuto è per definizione un gruppo di pari, e questa figura non deve essere gerarchicamente superiore agli altri partecipanti, in alcun modo.

Per promuovere una rete di auto mutuo aiuto, il facilitatore ha il compito di sollecitare il gruppo, favorendo una comunicazione orizzontale e circolare, che coinvolga tutti i partecipanti.

Quando il facilitatore è un professionista, come in questo caso (psicologa del servizio dipendenze) il terreno può essere ancora più scivoloso ed è importante prestare costantemente attenzione al proprio posizionamento e alle dinamiche che si co-creano nel tempo.

In questi casi, infatti, la tentazione di rivolgersi al professionista in quanto tale, chiedendo spiegazioni e/o consigli risulta essere più forte; ma il facilitatore deve sempre provare a girare al gruppo i quesiti, stimolando riflessioni inerenti alla problematica espressa.

In questa esperienza è successo che alcuni dei partecipanti si rivolgessero a me con frasi del tipo "lei è psicologa, quindi può aiutarci in questo".

In questi casi, si possono ricordare al gruppo quali sono le specificità dell'auto mutuo aiuto, accogliendo con empatia le loro naturali richieste, e restituendo un'onesta fiducia nella capacità del gruppo di co-generare ipotesi adattive e funzionali, che possono essere loro d'aiuto.

Come Valentina Calcaterra ricorda: «Il presupposto è che siano i membri del gruppo a fare da terapeuti per se stessi e per gli altri: di fronte ai problemi complessi della vita delle persone, i primi e più grandi esperti sono proprio coloro che hanno a che fare quotidianamente con quei problemi» (2013, pp. 23-24).

Compiti del facilitatore possono essere, come suggerisce il termine, facilitare la conversazione, agevolare i turni di parola, evidenziare e valorizzare le differenze e i punti in comune di cui poter discutere, ricordare di compilare il diario di bordo, e stimolare impegno e serietà. Se l'operatore si impegna nel monitorare costantemente il suo ruolo all'interno del gruppo, offre ai partecipanti l'opportunità di conoscere

ed usufruire di un tipo di aiuto completamente diverso rispetto a quello a cui magari sono abituati nel rivolgersi ad un servizio.

L'aiuto e il sostegno dei pari è infatti un aiuto diretto, di chi vive in prima persona un'esperienza simile a quella degli altri, che si possono avvertire come vicini anche solo per il fatto di condividere questa esperienza.

Non ultimo, essendo il facilitatore non soltanto osservatore, ma anche parte del sistema, può apprendere attraverso questa esperienza quali sono le difficoltà principali e i vissuti correlati, così come quali strategie individuate insieme risultano maggiormente efficaci e quali aspetti delle storie degli altri risuonano maggiormente in lui/lei.

### 3.1. Il facilitatore-esperto

All'interno del gruppo, oltre alla figura della facilitatrice, c'era anche una figura "ibrida", che scegliamo di chiamare il facilitatore-esperto.

La sua conoscenza del gioco d'azzardo è infatti strettamente legata alla sua personale esperienza come ex giocatore d'azzardo, ormai astinente da circa dieci anni.

Questa persona ha partecipato agli incontri "svelando" fin da subito il suo ruolo e raccontando durante il primo incontro, e ogni qual volta ci fosse un partecipante nuovo, la sua storia.

L'idea di inserirlo nel percorso è nata spontaneamente, pensando che potesse essere una risorsa ulteriore nel processo di mutuo aiuto.

Attraverso il suo percorso di cura, che ha previsto diverse fasi, questa persona ha raggiunto infatti la capacità di poter offrire la propria esperienza agli altri, di essere sensibile ai vissuti altrui e di poter avere un ruolo attivo anche in questo gruppo.

Così come per la professionista di salute mentale, anche per questa figura "ibrida", sono valse le linee guida di tutti i facilitatori di un gruppo di auto mutuo aiuto; e ancor di più è stato necessario decentrare l'attenzione dei partecipanti dalla sua storia e contenere il naturale desiderio di sapere di più.

Pensiamo, nonostante l'aumento della complessità, che questa risorsa aggiuntiva, sia stata fondamentale per stimolare un altro punto di vista ancora, e di conseguenza perturbare e stimolare maggiormente il gruppo a riflessioni e cambiamenti.

## 4. Riflessioni e sviluppi

L'esperienza di Auto Mutuo Aiuto raccontata si offre in primo luogo come un'opportunità nuova e unica all'interno del territorio lodigiano; un aiuto per i familiari dei giocatori d'azzardo che si differenzia da quelli istituzionali già presenti.

Pensiamo che la creazione di percorsi altri, all'interno delle comunità, possa essere utile per agganciare quante più persone possibili che si trovano in un momento di difficoltà.

L'esperienza di gruppo per i familiari è complessa e ricca di spunti di riflessione.

I familiari devono compiere uno sforzo doppio: vedere il giocatore come vulnerabile e vedere loro stessi come persone vulnerabili che possono, con le loro fragilità, favorire gli aspetti disadattivi del congiunto (Picciulin *et al.*, 2015).

All'interno di un gruppo, il posizionamento non è mai rigido, siamo sempre e comunque dentro a processi ricorsivi e le retroazioni reciproche fanno nascere nuove idee e nuove dinamiche.

Non esiste una sola narrazione possibile, così come non esiste un punto di vista privilegiato.

In gruppo viene stimolata la capacità riflessiva, ossia la capacità di rivolgersi a sé e diventare oggetto della propria riflessione, all'interno di un contesto protetto che permette la risonanza con le storie degli altri. Il gruppo diventa più della somma delle sue parti.

La fiducia, spesso persa, diventa elemento fondamentale da riscoprire.

Fiducia negli altri, in se stessi, e nel cambiamento.

La valorizzazione dell'esperienza e del sapere di tutti incrementa la fiducia e il sapere stesso.

Investire nella responsabilità individuale e collettiva significa investire nel benessere e nella salute della comunità.

Stimolare un cambiamento e credere che sia sempre possibile, aiuta a combattere lo stigma della cronicità ancora oggi spesso legato alle

dipendenze; e credere che ognuno di noi abbia in sé le risorse per poter trovare delle soluzioni, ci restituisce dignità e combatte il senso di impotenza.

Da questa prima esperienza risulta però ancora difficile avvicinare persone che non hanno familiarità con i servizi pubblici e privati per le dipendenze.

Questo da una parte appare come limite, dall'altra però sottolinea ancora una volta il valore inestimabile della relazione.

È infatti opinione di tutti i partecipanti, che la loro adesione al gruppo, è stata incentivata dalla fiducia nelle persone incontrate al Servizio Dipendenze.

Essendo il gruppo di auto mutuo aiuto proposto dal Servizio stesso, è stato per loro più facile avvicinarsi e considerarlo un'opportunità.

Si sottolinea inoltre come sembra più probabile dalle prime osservazioni, che i familiari si avvicinino al gruppo in un momento di fase acuta, quando spesso il familiare ha toccato il fondo e ha deciso di chiedere aiuto.

Sono stati i familiari stessi a dirci che sentivano la voglia e l'esigenza di affrontare un percorso in parallelo con quello dei loro cari.

Questo, se da una parte può apparire una buona premessa, dall'altra ha messo in luce alcune difficoltà. È successo in alcune situazioni, per esempio, che se e quando il loro caro abbandonava il percorso o si allontanava temporaneamente dal Servizio, anche i familiari diventano più sfuggenti agli incontri di auto mutuo aiuto.

Si è discusso in gruppo di questo, e quello che è emerso riguarda sentimenti di sfiducia e rassegnazione, che a volte possono sopraffare e sentimenti di vergogna rispetto agli altri partecipanti. Vero è, che la frequenza costante e incondizionata agli incontri, sembra lenire questi sentimenti negativi e favorire empatia e senso di vicinanza.

Interessante anche la situazione contraria, cioè di chi si è un po' allontanato dal gruppo una volta che il familiare si trovava in una buona fase del percorso e aveva fatto dei notevoli passi in avanti.

Si può ipotizzare un naturale disinvestimento dato dal sollievo, ma a volte anche una prematura e scarsa consapevolezza rispetto al proprio bisogno di sostegno e cura.

Questa esperienza, infine, mette in luce ancora una volta come il benessere del singolo non può essere isolato dal contesto familiare e dalla componente collettiva e sociale di cui è parte.

Il malessere individuale, nei gruppi di auto mutuo aiuto trova accoglienza e reciprocità nelle storie degli altri.

All'interno del gruppo si è tutti uguali, ognuno libero di spogliarsi del ruolo familiare e sociale, e ognuno libero di mostrare sentimenti, debolezze, forza e coraggio, aiutando così non solo se stesso, ma anche tutti gli altri.

## Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.
- Calcaterra V. (2013). *Attivare e facilitare i gruppi di auto/mutuo aiuto*. Erickson.
- Bateson G. (2008). *Mente e natura. Un'unità necessaria* (trad. it. di G. Longo). Milano, Adelphi. [1979]
- Bateson G. (1976). *Verso un'ecologia della mente* (trad. it. di G. Longo). Milano, Adelphi. [1972]
- Capitanucci D. (2012). L'anello debole della catena. Essere figli in una famiglia con un problema di gioco. In: *Il contesto del gioco d'azzardo patologico*. Gallarate (Va): Associazione And-Azzardo e Nuove Dipendenze, Centro Internazionale Studi Famiglia.
- Natoli S. (2017). *Dizionario dei vizi e delle virtù*. Milano, Feltrinelli.
- Picciulin R., Bertogna C. (2015). *L'azzardo del gioco. Riflessioni sulle ludopatie*. Bari: La Meridiana.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Milano, Feltrinelli.
- Serpelloni G. (2013). *Gambling: gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione: manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze*.
- Strambi C. (2022). *La sottile linea d'oro. Dipendenze e gioco d'azzardo: storie e percorsi di un gruppo di auto mutuo aiuto*. Youcanprint.
- Vegliach A., Quartarone G. G. (2016). "Ingranaggi familiari": una co-progettazione tra regione, azienda sanitaria e associazionismo dedicata ai familiari dei giocatori d'azzardo patologici. *Mission*, 47.

# Posizione di FeDerSerD sulla questione del gioco d'azzardo

È in approvazione lo schema di Decreto Legislativo (DDL) recante "Disposizioni in materia di riordino del settore dei giochi, a partire da quelli a distanza, di cui all'articolo 15 della legge 9 agosto 2023, n. 111". La Conferenza Stato-Regioni il 25 gennaio u.s. ha approvato il documento con l'indicazione però che si tenga conto delle osservazioni portate dal Gruppo Tecnico Interregionale-Sub area Dipendenze della Commissione Salute nell'ambito del prossimo percorso di discussione del DDL sul riordino del gioco-online; a tal fine è stato istituito un tavolo di lavoro nazionale, che ha iniziato in data 23 febbraio gli incontri tecnici. Il 31 gennaio 2024 si è insediato il nuovo Osservatorio Nazionale sul Gioco D'Azzardo presso il Ministero della Salute, con la prima riunione finalizzata a definirne le linee di intervento, in virtù dei diversi compiti attribuiti come da decreto interministeriale del 30.01.23, e gli strumenti da adottare per la valutazione dei Piani di attività presentati dalle Regioni. All'attenzione dell'Osservatorio è stato portato anche il DDL del riordino dei giochi online, con una sostanziale condivisione delle osservazioni presentate dal Gruppo Tecnico Interregionale.

Il testo, in base all'analisi approfondita effettuata dal Gruppo Tecnico delle Regioni e Province Autonome sub area Dipendenze, presenta alcuni aspetti critici, di seguito brevemente riassunti:

- si utilizzano terminologie non accettate e contestate dalla comunità scientifica per l'approccio che sottintendono, nello specifico "gioco responsabile", "gioco sicuro", "ludopatia";
- l'art. 3, comma 1, apre all'utilizzo della pubblicità, sia pure "funzionale alla diffusione del gioco sicuro e responsabile", in contrasto con il divieto introdotto dall'art. 9 del d.l. 87/2018 (cosiddetto decreto dignità), convertito con modificazioni dalla legge 96/2018. Anche molte Leggi Regionali sono orientate in tal senso;
- il tema della tutela della salute viene declinato esclusivamente nei termini di tutela della salute del giocatore, eludendo le esigenze di Promozione e tutela della salute pubblica, con le relative indicazioni per l'attuazione di interventi finalizzati alla prevenzione e alla facilitazione dell'accesso precoce alle cure;
- le misure di tutela e protezione del giocatore sono di fatto affidate al concessionario, e non risultano coinvolte nelle azioni di

indirizzo, e nemmeno nei criteri e indicazioni per gli strumenti e le misure di monitoraggio, le istituzioni deputate alla tutela della salute (comprese nello specifico le Regioni);

- viene istituita la Consulta permanente dei giochi pubblici in Italia, con evidenti sovrapposizioni con l'Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave, attivo presso il Ministero della Salute ai sensi dell'articolo 1, comma 133, quarto periodo, della legge 23 dicembre 2014, n. 190;
- viene prevista una Relazione annuale al Parlamento trasmessa dal MEF, eludendo la necessità che il Parlamento debba essere informato in maniera più ampia sul complesso dei diversi aspetti riguardanti il settore dei giochi pubblici, compresi i dati epidemiologici e di impatto sulla salute, nonché la ricognizione delle azioni attuate nell'ambito della prevenzione e della cura e riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo.

Si confida sul superamento di alcune di queste evidenze.

FeDerSerD, in relazione al DDL sul riordino dei giochi a distanza, ha elaborato alcune riflessioni, che il gruppo tecnico sul DGA ha riassunto nel presente documento di position paper.

In premessa occorre evidenziare l'entità del fenomeno a cui il provvedimento si riferisce, con un importante impatto potenziale sulla salute e, di conseguenza, sui sistemi sanitari regionali.

Secondo i dati forniti dall'Agenzia dei Monopoli (ADM) per l'annualità 2022, la raccolta complessiva da gioco d'azzardo è stata di 136 miliardi di euro, con un aumento del 292% dal 2006 al 2022.

Con riferimento alla sola rete fisica, nel 2022 la raccolta da gioco sul territorio nazionale è stata di 63 miliardi di euro. Il trend per il gioco praticato in luoghi fisici è rimasto costante dal 2012 al 2019, per diminuire drasticamente nel biennio successivo.

La raccolta da gioco su rete telematica si è attestata nel 2022 a 73 miliardi di euro, con un aumento del 373% rispetto al 2012. La raccolta su rete fisica è risultata superiore a quella su rete telematica sino al 2020, anno delle restrizioni alla mobilità e al gioco d'azzardo in luoghi fisici dovute alla pandemia da Covid-19, quando il trend si inverte e, per la prima volta, la raccolta da gioco online supera quella da gioco fisico.

## Position paper

Correva l'anno 1990 ed il gioco d'azzardo controllato dallo Stato movimentava poco più di 9 miliardi di euro, nel 2000 arrivava a poco più di 19 mld, passando nel 2010 a 67 mld, nel 2020 a 120 mld. L'andamento non è stato lineare ma ha mostrato piccole deflessioni e crescite impetuose, frutto anche delle variazioni interne al sistema (aumento del payout, introduzione di nuove tipologie di giochi, tecnologie di perfezionamento del gioco online, ecc.), che hanno condotto all'attuale valore di 136 mld movimentati nell'anno 2023.

Tra i paesi europei, l'Italia è quello con la spesa maggiore, detenendo il 21,4% del mercato europeo del gioco pubblico, seguita da Regno Unito, Germania, Francia e Spagna.

In questi trenta anni il politico legislatore non è rimasto inerte, ma ha prodotto numerosi interventi normativi a livello statale e regionale/locale della cui efficacia è legittimo dubitare visto i dati sopra riferiti. Citiamo i principali che esulano dalle finalità fiscali e normative del settore:

*Decreto Balduzzi (d.l. n. 158 del 2012, convertito nella legge n. 189 del 2012).*

*Decreto-legge n. 87 del 2018. Vieta qualsiasi forma di pubblicità, anche indiretta, relativa a giochi o scommesse.*

*Decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4: l'introduzione della tessera sanitaria per l'accesso agli apparecchi AWP riferita agli apparecchi che consentono il gioco da ambiente remoto.*

*Numerosi provvedimenti regionali e locali come distanziometro, limitazioni degli orari di funzionamento degli apparecchi, incentivi fiscali ai locali come bar e tabaccherie che dismettono le attività di gioco.*

Senza entrare nel merito di analisi dettagliate, che potrebbero spiegare l'efficacia di alcuni provvedimenti a livello locale o su settori particolari del mondo dei giocatori, non c'è dubbio che le misure adottate si sono rivelate inefficaci per due ragioni:

- la maggior parte degli interventi regolatori non aveva alcuna analisi documentata su cui fondare la ragione del provvedimento

to stesso (distanziometro, divieto di pubblicità) ma accoglievano il grido di dolore delle famiglie trasformandolo in affermazioni e proposte prive di fondamento ma elettoralmente paganti. Questo limite potrebbe essere facilmente superato se si facessero studi e valutazioni sulla natura complessa di questo fenomeno prima di proporre soluzioni miracolose quanto banali ed inefficaci;

- la seconda ragione di carattere epistemico è frutto della collusione di interessi diversi: impresa, stato, professionisti della salute, ricercatori, comune sentire e vedere.

In una cultura in cui i tratti umani complessi diventano lo spunto per giudizi morali semplicistici o si traducono, per evitare la trappola del moralismo, in categorie diagnostiche che servono ad allontanare lo spettro del male o quantomeno a renderlo trattabile, non c'è spazio per dare legittimità al pensiero che dovrebbe accompagnare l'azione.

Possiamo continuare ad eludere il fatto che i disturbi comportamentali del mondo moderno non possono essere curate da medici ma dovrebbero essere prese in carico da governanti avveduti e responsabili, e continuare a colludere con la richiesta di patologizzare individualmente ciò che è socialmente guasto e corrotto?

In medicina è in uso la distinzione tra malattie trasmissibili e non trasmissibili, per distinguere gli stati morbosi di origine infettiva o di origine genetica, da quelli che non sembrano avere un mezzo chiaro di trasmissione, come alcuni comportamenti frutto di disturbi di personalità classificati nel DSM.

Forse è arrivato il momento di prendere seriamente in considerazione il principio di emulazione come mezzo di trasmissione di molti comportamenti diventati collettivi e diffusi, con una capacità di contagio ben superiore alle malattie infettive di recente diffusione, ma occorre anche domandarsi come mai si diffondono facilmente taluni comportamenti e non altri.

Sono le caratteristiche dei contesti sociali, economici, relazionali in cui è immersa una gran parte di questo mondo che alimentano la diffusione di comportamenti come la propensione al gioco d'azzardo e l'aumento di personalità con caratteristiche impulsive, passivo aggressive, antisociali piuttosto che disturbi d'ansia o depressione.

***È un terreno friabile, scivoloso, evitato in genere da chi preferisce galleggiare sulla cresta dell'onda del mainstream, che FeDerSerD intende frequentare per provare a dare suggerimenti e risposte un poco più efficaci di quelle prodotte sino ad ora, cominciando dalla analisi dei linguaggi e delle parole abitualmente usate per mitigare gli impatti negativi del gioco d'azzardo.***

Non siamo mai sufficientemente attenti al potere seduttivo di parole che appaiono tanto più convincenti quanto più sembrano offrire, anche nella formulazione sintattica della frase in cui sono incluse, una risposta di senso soddisfacente a questioni complesse, come quelle che riguardano i nostri modi di vivere.

*Essere responsabili* significa rispondere di, ma anche essere consapevoli di, e questo secondo significato sembrerebbe essere la condizione di esistenza del primo, ma non è sempre così.

Su questa duplicità si fonda molto delle attuali politiche informative sulla salute e più in generale costituisce la cifra della cultura normativa ed etica di matrice liberale.

La logica che sottende è – io ti metto a disposizione tutte le informazioni necessarie e le condizioni favorevoli, acciocché tu possa decidere al meglio, dopodiché tu sei e io ti considero responsabile delle tue azioni e degli effetti che queste hanno sulla tua vita e allora, anche su quella degli altri.

Ovvero ti rendo consapevole e da ciò consegue la responsabilità, quindi nel caso dei comportamenti di salute l'essere a conoscenza dei rischi che si possono correre attuando determinati comportamenti, sembra essere condizione sufficiente a determinare le responsabilità anche nei suoi effetti giuridici, normativi, assistenziali, salvo le attenuanti del caso che nel nostro paese tendono sempre ad essere molte.

Senza entrare nel merito della complessa e articolata questione del se e come le persone utilizzano le informazioni in materia di salute e meno ancora della natura neurobiologica dei processi decisionali, occorre rilevare che ci sono profonde ed evidenti differenze nei contesti di salute ove viene spesa la parola responsabile.

Differenze e dissimmetrie informative troppo grandi e vistose per non essere sottolineate.

*Bere responsabile, giocare responsabile*, sono considerate possibilità legittime in quanto bere e giocare sono culturalmente visti dalla maggior parte delle persone come fatti a cui assegnare un valore positivo, a differenza di altri fatti come fumare ad esempio o drogarsi, per i quali non è previsto oggi, non così in passato almeno per il fumo, alcun valore positivo.

Questi tipi di azioni e non altre con le quali l'aggettivo responsabile pure viene coniugato, sono atti che condividono l'elemento del piacere come fonte motivazionale primaria, e dunque è anche sulla base della piacevolezza che vengono scelte.

Del gioco come del bere si dice che appartengono alla storia dell'uomo, e ciò ne farebbe un bene, dunque un valore da tutelare ponendo appunto giuste condizioni di tutela per impedirne usi cattivi e limitarne possibili derive.

Tuteliamo quindi la possibilità di continuare a bere e giocare, suggerendo modalità controllate e stili di consumo moderati.

Controllo e moderazione sono la cifra di entrambi gli indirizzi, che tuttavia differiscono notevolmente per i contesti e le condizioni informative in cui sono spesi.

Per quanto riguarda gli alcolici il peso della informazione pubblicitaria si è notevolmente ridotto negli anni, e ora non vanta né suggerisce risultati miracolosi, né si propone come panacea di molti mali. Questo è il risultato di un lungo processo durato anni, in cui lo sviluppo di sensibilità sociali, le evidenze cliniche dei danni, l'assunzione di un ruolo attivo da parte dei sistemi regolatori e normativi, hanno creato le condizioni per la crescita di sinergie positive tra impresa, ricerca e professionisti della salute.

Le imprese produttrici, riconoscendo i rischi e gli svantaggi sociali di politiche pubblicitarie aggressive, hanno trovato in alcuni settori della clinica e della ricerca dei partner disponibili a costruire strategie di collaborazione che dovrebbero andare a vantaggio di tutta la comunità, promuovendo politiche complessive di responsabilità da parte di tutti i portatori di interesse, non solo dei clienti.

Il mercato dei giochi prosegue la sua espansione, crescita maggiori del 10% all'anno, con 10 volte più punti vendita e terminali di gioco di quante siano le panetterie in Italia, poco meno di 80.000, ovvero più circense che pane.

È del tutto evidente che permane una enorme dissimmetria tra industria del gioco e cittadini clienti potenziali e attuali, perché si possa parlare di reale esercizio della responsabilità discrezionale in merito al gioco.

Questa dissimmetria si traduce anche in atti della cui eticità è lecito dubitare, quando le meccaniche della maggior parte dei giochi sul mercato sono pensate e funzionano con lo scopo di assicurare la possibilità di giocare in modo continuativo e senza le pause che potrebbero facilitare l'assunzione di comportamenti controllati e responsabili da parte dei giocatori.

Il ruolo stesso del regolatore dei giochi è troppo condizionato dal valore delle entrate fiscali che lo stato incassa, per svolgere una reale azione di tutela del cittadino.

*Essere responsabili è possibile*, a condizione che il compito non sia reso troppo difficile dalle distorsioni di natura informativa, dall'eccesso di opportunità di gioco, dalla scarsità di regole allo sviluppo incontrollato del mercato.

*Assumersi responsabilità e rispondere dei propri comportamenti* è possibile se c'è una cornice di senso generale in cui la parola responsabilità ha il valore condiviso di dover rispondere delle proprie dichiarazioni e intenzioni, per le quali tutti hanno il diritto di chiedere giustificazione e legittimità soprattutto quando chi la usa è in una condizione di potere.

Riteniamo quindi che si debba chiedere da parte del regolatore dei giochi (ADM e decisori politici) giustificazione e legittimità di azioni e procedure messe in campo dai concessionari di giochi nei confronti dei giocatori, sia nelle modalità online che on site, che esasperano la dissimmetria tra giocatori e fornitori di giochi alterando il valore della responsabilità così come viene usato nella disciplina che regola questo ambito.

**Di seguito si indicano i nodi cruciali su cui occorre intervenire per riequilibrare le quote di responsabilità tra giocatori e imprese e restituire senso e valore a questo fondamentale principio di vita individuale e collettiva.**

**Modalità di autoesclusione dal gioco online** vanno semplificate, soprattutto quelle poste sul sito di ADM che sembrano pensate per dissuadere gli interessati a rinunciare alla autoesclusione.

Occorre adottare, nei contesti di scelta che si vogliono promuovere, strategie di nudging e non tortuosi e complicati processi che inducono le persone a rinunciare a decisioni anche faticosamente maturate.

**Linguaggio e comunicazione** sono piegati agli interessi di chi promuove il gioco e non negli interessi di chi gioca.

Gli esempi sono numerosi a partire dall'uso di espressioni quanto meno ambigue quando non del tutto false.

Lo stesso regolatore per ovviare alla difficoltà di definire i confini tra gioco legale e gioco illegale, che sono entrambi giochi d'azzardo ma non si può dire, chiama *giochi con vincita in denaro* tutti i giochi autorizzati da ADM e così ovviamente fanno i concessionari. Per essere corretta la definizione dovrebbe essere *giochi con vincita e con perdita in denaro* perché questa è la vera condizione che si realizza quando si gioca.

Pertanto andrebbe modificata la definizione a partire dai documenti ufficiali e a seguire da tutti i livelli comunicativi.

La relazione tra vincite e perdite viene regolarmente oscurata in tutti i contesti comunicativi, la parola **perdite** non esiste nel vocabolario dei giochi d'azzardo, e viene surrettiziamente sostituita dalla espressione *non hai vinto* in genere seguita dal suggerimento a riprovare e sarai fortunato.

Tale espressione andrebbe vietata in tutti i contesti di gioco (slot, gratta e vinci, estrazioni istantanee) dove tale messaggio è abitualmente parte della struttura dei giochi.

Non esiste la *non vincita* come non esiste la *quasi vincita*, altra definizione fasulla che talora viene usata nelle comunicazioni con i clienti.

Sono ossimori che andrebbero banditi dalle comunicazioni promozionali e dai siti di gioco.

**Incentivi promozionali** sono pratiche comuni nelle attività commerciali usate per fidelizzare i clienti. Nel gioco d'azzardo però assumono una funzione molto pericolosa, perché incentivano il giocatore a spendere denaro che gli viene gentilmente dato dal gestore del gioco quando, nei sistemi online, si verificano due condizioni osservabili: il giocatore ha postato somme considerevoli che il gestore premia con la concessione di *bonus in denaro* per premiare la passione del cliente, il cui valore cresce in modo proporzionale alle somme giocate; il giocatore pur non avendo postato somme consistenti ed avendo perso tende a rarefare la frequentazione del sito di gioco e dunque va incoraggiato con piccoli bonus per indurlo a giocare anche quando le sue condizioni non lo consentirebbero.

Entrambe le modalità andrebbero bandite e vietate, perché inducono a ritenere che più giochi e più hai possibilità di vincere, di rifarti delle perdite, opzioni entrambe false che aprono la strada alle derive più problematiche e distruttive.

**Pubblicità e promozione** sono strumenti ordinari della comunicazione commerciale che servono soprattutto a contendere i clienti presenti sul mercato.

Vietare la pubblicità in modo radicale, come si è visto, non ha prodotto una riduzione dei volumi di gioco ma ha semplicemente ridotto la concorrenzialità tra concessionari senza produrre alcun beneficio per i clienti.

Come per qualunque altro prodotto commerciale, vale la regola che se non hai interesse ad averlo non lo acquisti e non vedi neppure la pubblicità, ma se sei un appassionato di motori e vuoi cambiare auto le pubblicità di automobili le guardi eccome.

Dunque potrebbe essere ripristinata la possibilità di promozione commerciale, che non aumenta il numero di persone che decidono di giocare, come la pubblicità di automobili non aumenta il numero di automobilisti, ma induce chi già dispone di un'auto a cambiarla con una migliore; così la pubblicità del gioco induce quelli che sono già giocatori a cercare fonti diverse di gioco.

A tale proposito va rilevato come il conflitto di interessi tra gioco legale ed illegale si risolve tendenzialmente a favore dell'illegale, qualunque iniziativa repressiva venga presa, per il semplice fatto che i sistemi illegali hanno un pay out maggiore di quello legale e dunque i giocatori che cercano solo profitto preferiscono giocare nei sistemi illegali.

Si tratta di concorrenza sleale, perché questi ultimi non pagano tasse e concessioni allo stato e quindi possono permettersi dei pay out maggiori per attirare la clientela.

Si possono quindi imporre vincoli ai concessionari, restituendo loro il diritto alla pubblicità a precise condizioni:

- fornire giochi le cui procedure non sfruttino i margini di ambiguità semantica contenuti negli slogan (es, *hai perso* invece di *Non hai vinto o hai quasi vinto*);
- abolizione del costrutto *giochi con vincita in denaro*;
- divieto di suggerire al termine di qualunque gioco la possibilità di continuare a giocare come probabilità di vincita;
- divieto in alcun modo di segnalare e pubblicizzare vincite di altre persone a quello in corso o ad altri giochi analoghi;
- dissociare le modalità di scommesse su eventi sportivi dalla visione contestuale delle stesse in modo da introdurre latenze tra pensiero ed azione del giocatore/scommettitore.

**Tecnologie e giochi** questione relevantissima sia per online che on site.

In entrambe le modalità, seppure con procedure e tecnologie diverse, è possibile introdurre meccaniche di gioco che scoraggino gli eccessi di tempo e di denaro impiegato.

Non è questo il luogo per descrivere tutte le possibilità disponibili attualmente, ma si chiede di applicare il principio che è necessario ridurre la continuità, la frequenza, le somme massime giocabili in un arco temporale, fattori che sono alla base delle derive patologiche in cui incorrono molti giocatori.

**Dunque pubblicità corretta in cambio di adattamenti tecnologici dei sistemi di gioco.**

*Ci sembra che queste indicazioni e proposte siano robustamente ancorate ad evidenze scientifiche dalle quali è opportuno trarre le dovute conseguenze per avviare politiche efficaci per il contenimento delle derive sociali problematiche frutto di collusioni di troppi interessi che si camuffano di abiti inadatti al loro contenimento.*

28 febbraio 2024

Gruppo tecnico DGA di FeDerSerD

Maurizio Fea

Margherita Taddeo

Cristina Meneguzzi

Francesca Picone

Alfio Lucchini

# Piano Nazionale di prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e di altri oppioidi sintetici

Martedì 12 marzo, a Palazzo Chigi, si è tenuta la conferenza stampa di presentazione del Piano Nazionale di prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e di altri oppioidi sintetici. Hanno partecipato il Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, Alfredo Mantovano, il Ministro della Salute, Orazio Schillaci, e il Ministro dell'Istruzione e del merito, Giuseppe Valditara.

Il Piano approfondisce le caratteristiche della sostanza e del contesto d'uso, articola le diverse iniziative da predisporre per la prevenzione, il contrasto e la corretta gestione delle eventuali emergenze.

Il Ministro della Salute ha sottolineato come il Fentanyl abbia una importanza clinica e terapeutica riconosciuta, ma che l'abuso possa essere alla base di rischi gravissimi per la salute, come osservato negli ultimi anni negli Stati Uniti.

Il Piano coinvolge molteplici attori istituzionali e servizi, che sono chiamati a dare il loro contributo specifico. Tra i servizi sanitari non vengono citati i Ser.D. e questo ci colpisce in modo particolare e ci dispiace. Ci si è dimenticati dei servizi specialistici pubblici, che sono uno snodo fondamentale del SSN per quanto concerne la prevenzione ed il trattamento dei consumi problematici e delle diverse forme di dipendenza, sia da un punto di vista normativo che operativo... Ciò detto, come sempre i nostri Servizi si faranno parte attiva nel programmare azioni utili ed efficaci ai vari livelli operativi: della prevenzione e sensibilizzazione dei diversi target; della diagnosi precoce e del monitoraggio tossicologico in collaborazione con i laboratori di analisi di riferimento; della riduzione dei rischi e dei danni con progetti di informazione dei consumatori e di messa a disposizione di naloxone (Narcan), come disposto dal Piano Nazionale.

## Fentanyl

**Caratteristiche:** Il Fentanyl o Fentanile è un potente oppioide sintetico con impiego analgesico e anestetico. Come analgesico, ha effetti simili a quelli della morfina, ma è da 50 a 100 volte più potente di quest'ultima e 30-50 volte più potente dell'eroina. Come la morfina è utilizzato per trattare il dolore grave, specialmente in chirurgia e oncologia. Alcune volte è usato per trattare pazienti con patologie dolorose croniche resistenti ad altri oppioidi.

Le formulazioni farmaceutiche si presentano come soluzioni ad uso iniettivo, cerotti transdermici, compresse per uso orale.

Il Fentanyl può essere usato a scopo voluttuario impiegando sia prodotti distratti dal mercato farmaceutico, sia prodotti clandestini e distribuiti attraverso i mercati illegali della droga. Il Fentanyl prodotto illegalmente è disponibile sul mercato in diverse forme, come polvere impalpabile, trip di carta. Viene anche associato come sostanza da taglio a droghe "classiche" come eroina, co-

caina e metamfetamina e, nella sua forma liquida, può essere reperito in spray nasali e colliri. Sono presenti anche derivati o analoghi, che in alcuni casi si sono dimostrati ancora più potenti del Fentanyl stesso, causando numerose intossicazioni e decessi in Europa e in Italia. Viene assunto per via endovenosa, transdermica, orale; i cerotti e la polvere possono essere fumati o sniffati.

**Effetti:** di tipo oppiaceo, con sedazione, sonnolenza, alterazioni delle capacità cognitive e motorie, euforia lieve, confusione mentale, miosi, nausea, vomito, costipazione, vertigini, fino ai sintomi pericolosi per la vita quali rapida depressione respiratoria, incoscienza, coma e morte. Data la sua potenza elevata, anche piccole dosi di Fentanyl possono risultare letali.

L'inalazione di polvere è la via di esposizione più insidiosa, tipica del Fentanyl fabbricato illegalmente: l'inalazione di due o tre milligrammi può provocare rapidamente depressione respiratoria potenzialmente letale.

**Antidoto:** naloxone, somministrato in modo ripetuto e con monitoraggio clinico protratto.

Siamo di fronte ad un aumento delle vendite e dei consumi di oppioidi di sintesi. La diffusione in Italia di Fentanyl per uso non terapeutico è attualmente ancora limitata, ma la potenza e la tossicità degli oppioidi di sintesi reperibili sul mercato illecito rappresenta comunque una minaccia per la sanità pubblica.

Secondo i Centri per il Controllo e la Prevenzione delle malattie (CDC) statunitensi e l'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze), a partire dal 2012 si è registrato un aumento significativo della disponibilità sul mercato illecito di Fentanyl e dei suoi analoghi; essi vengono generalmente sintetizzati in maniera clandestina ed immessi sul mercato illecito. La produzione massiccia avviene in Cina, ma è stata segnalata una produzione anche in Europa da parte di laboratori clandestini. Contemporaneamente, si è riscontrato un aumento significativo nel numero di decessi associati al consumo di Fentanili nei soggetti che utilizzano droghe. Nel 2021, gli Stati membri dell'UE hanno riportato all'EMCDDA 137 decessi associati al Fentanyl: 88 registrati in Germania, 18 in Lituania, 9 in Austria, 6 ciascuno in Danimarca e Finlandia, 4 in Estonia, 2 ciascuno in Slovenia e in Portogallo, 1 ciascuno in Ungheria e in Lettonia. Tali decessi sono da imputare sia al Fentanyl sottratto dai canali leciti di distribuzione per l'uso medico, sia al Fentanyl di produzione illecita.

Una delle principali "piazze di spaccio" del Fentanyl è il web. Le sostanze vengono recapitate direttamente al domicilio degli acquirenti in piccoli pacchi postali anonimi, rendendo possibile una fruizione autonoma e incontrollata.

Reperire il Fentanyl nei campioni biologici risulta particolarmente complesso per le sue concentrazioni estremamente basse; la maggioranza dei laboratori di analisi non sono oggi in grado di eseguire tali ricerche, pertanto i dati epidemiologici oggi disponibili offrono una sottostima del fenomeno.

Con decreto del 30 giugno 2020, in vigore dal 28 luglio 2020, i derivati del Fentanyl sono stati inseriti nella tabella I delle sostanze stupefacenti e psicotrope (DPR n. 309/90), analogamente al Fentanyl che era già stato tabellato.

Dal mese di giugno 2016 a oggi, il Sistema nazionale di allerta rapida del Dipartimento per le Politiche Antidroga ha diffuso a tutto il network dei Centri Collaborativi e delle Istituzioni di pertinenza presenti sul territorio nazionale, 2 comunicazioni per decessi associati all'uso di Fentanyl (uno nel 2018 e uno nel 2019), 5 comunicazioni riguardanti intossicazioni non fatali e 2 segnalazioni relative al consumo riscontrato dall'analisi di campioni biologici di persone in trattamento presso i Ser.D.

Il Piano Nazionale indica diverse azioni di competenza interministeriale. Compito del Ministero della Salute è quello di attivare, per ogni obiettivo di competenza, le Regioni/Province Autonome per la declinazione del Piano sul territorio nazionale.

In questo senso i dati finora disponibili sul potenziale abuso di Fentanyl nel nostro Paese impongono, secondo le evidenze scientifiche, lo sviluppo delle seguenti azioni, sinergiche e complementari fra loro:

- il potenziamento delle azioni di riduzione del danno, come suggerite dall'OMS;
- la capacità di rilevare il Fentanyl e le sostanze simili nei campioni biologici dei consumatori di sostanze in carico presso i Ser.D. in modo da stimare la reale epidemiologia dei consumi e sviluppare interventi precoci di prevenzione;
- la formazione degli operatori sui pericoli del consumo di Fentanyl e delle sostanze simili e sulle strategie di prevenzione e di contrasto dell'overdose.

***FeDerSerD dedica da sempre la massima attenzione alle modifiche che intervengono nella scena dei consumi, alle conseguenze per la salute correlate all'introduzione di nuove sostanze psicoattive; è pertanto con questa logica che ritiene di proporre alcune azioni specifiche, in coerenza con quanto disposto dal Piano Nazionale.***

***Per potenziare e rendere più incisivo ed omogeneo sul territorio nazionale quello che già rientra tra i compiti istituzionali dei Ser.D., si ritiene importante:***

1. Non alimentare l'allarme ingiustificato, ma favorire la formazione dei professionisti, la diffusione di informazioni corrette ai diversi interlocutori, nonché la necessaria consapevolezza tra i consumatori ed i loro familiari sui pericoli dei consumi sulle sostanze e in particolare dei Fentanili.
2. Programmare forme di monitoraggio tossicologico su campioni urinari dei pazienti in carico presso i Ser.D., magari individuando i soggetti a maggior rischio (policonsumatori, giovani con comportamenti di assunzione sperimentativi), in accordo operativo col laboratorio di analisi di riferimento, che deve essere però in grado di testare i Fentanili come classe, e gli altri oppioidi di sintesi (es. Ossicodone, Tapentadolo, Tramadolo, ecc.).
3. Favorire "interventi di prevenzione della mortalità per overdose" anche nei confronti di pazienti con prescrizione di oppioidi per la terapia del dolore, interventi di

counseling specifici e distribuzione di Narcan, con particolare riferimento alla forma farmaceutica spray, più facile da utilizzare in situazioni critiche anche da parte di persone non professionalizzate.

4. Predisporre materiale informativo sugli oppiacei in genere, ivi compreso i farmaci per la terapia del dolore a base di oppiacei come il Fentanyl, sul rischio di overdose, sulle azioni di primo soccorso, che va distribuito ai pazienti in carico (anche a quelli inseriti nelle strutture residenziali), ai consumatori, ai familiari.
5. Predisporre progetti innovativi nei contesti a rischio come il Carcere con la Sanità Penitenziaria e la Direzione degli Istituti penitenziari per prevenire le intossicazioni acute ed il rischio di overdose, in particolare dopo la scarcerazione dei soggetti con diagnosi di disturbo da uso di oppiacei. Tali progetti dovrebbero prevedere la messa a disposizione di naloxone spray nasale, associato a preventivo counselling specifico (consigliabile la predisposizione di kit completi, contenenti materiale informativo e di protezione personale).
6. Stringere accordi interdisciplinari con i servizi di Pronto Soccorso e dell'Emergenza sanitaria, per eseguire ricerche analitiche specifiche in caso di intossicazione acuta, per migliorare la collaborazione operativa e la reciproca segnalazione di situazioni cliniche conseguenti all'abuso di sostanze.
7. Aderire come Ser.D. allo SNAP (Sistema Nazionale di Allerta Precoce) dell'Istituto Superiore di Sanità, che fornisce informazioni derivanti dall'EMCDDA (Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze).
8. Attivarsi per ottenere l'ampliamento dello spettro di sostanze identificabili dai laboratori di analisi; come previsto dal Piano Nazionale: è infatti importante lo sviluppo e la validazione di metodi analitici dedicati, anche per riuscire ad analizzare le "sostanze di strada" sequestrate o fornite dal consumatore. Tale attività di drug checking sarebbe importante per evidenziare precocemente la presenza di sostanze pericolose e darne tempestiva informazione.

I Ser.D. rappresentano pertanto il nodo essenziale per lo sviluppo degli interventi di prevenzione e cura nei territori e cabina di regia del sistema d'intervento del nostro Paese. La prevenzione e gli interventi precoci per l'abuso di Fentanyl e degli altri oppioidi sintetici deve perciò includere i Ser.D.

Il Piano Nazionale di prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e di altri oppioidi sintetici può rappresentare per i Ser.D. un'occasione per dare maggiore forza e pregnanza tecnica a richieste di potenziamento e miglioramento di attività istituzionali che in molte realtà locali non hanno trovato una risposta attenta da parte delle Aziende sanitarie e delle Regioni; un esempio tra tutti può essere quello degli interventi di prevenzione della mortalità per overdose, che il Piano Nazionale rilancia, sottolineando la necessità di rendere capillarmente disponibile il Narcan.

Il confronto continuo con i consumatori rappresenta inoltre un momento essenziale di conoscenza per i professionisti, se si vuole sapere quanto avviene nella scena del consumo, quali siano i comportamenti a rischio da affrontare, quali le scelte di servizio più efficaci da adottare.

**Direttivo Nazionale FeDerSerD**

29 marzo 2024





Alfo Lucchini e Giorgio Serio  
(a cura di)

**GUIDO FAILLACE  
LA VISIONE DI MEDICO  
DELLE DIPENDENZE  
PATOLOGICHE, LA TENACIA  
NELL'IMPEGNO PER UNA SANITÀ  
UNIVERSALE**

CeRCo Edizioni, Milano

**Indice**

**Presentazione** - Roberta Balestra

**Prefazione** - Alessandro Coacci

**Guido Faillace: note biografiche** - Giorgio Serio

**Testimonianze**

*I colleghi del Ser.D. di Alcamo, on. Maria Teresa Bellucci, Antonio d'Amore, Maurizio Fea, on. Giuseppe Lumia, Felice Nava, Margherita Taddeo, Marialuisa Grech, Edoardo Cozzolino, Lilia Nuzzolo, Marco Riglietta, Vincenzo Lamartora, Elena Monti, Don Salvatore Lo Bue, Biagio Sciortino, Augusto Consoli, Francesca Picone, Concettina Varango, Rosalba Cicalò, Maria Giulia Audino, Maurizio D'Orsi, Mara Giloni, Antonella Manfredi, Vincenza Ariano*

**Rassegna di scritti di Guido Faillace** - a cura di Alfo Lucchini

*Scritti che richiamano impegni attuali* - Alfo Lucchini

2002. La Regione Sicilia istituisce il Dipartimento Dipendenze Patologiche

2002. Il ricorso della Regione Emilia-Romagna presso la Corte Costituzionale del 14 agosto 2002 per conflitto di attribuzione verso il decreto ministeriale del 14 giugno 2002

2002. Il profilo professionale del medico del settore delle dipendenze

2004. Protocollo di disintossicazione rapida nella dipendenza da oppiacei

2006. Dipendenze e mentoring. Prevenzione del disagio giovanile e sostegno alla famiglia

2006. Prosegue lo smantellamento dei Servizi per le Dipendenze.

Si sostituiscono i migliori professionisti. *FeDerSerD invita gli operatori alla vigilanza*

2009. Alta Integrazione dei Servizi e delle Professionalità. V Conferenza nazionale sulle Dipendenze di Trieste.

2014. La Regione Sicilia si dota di "Linee Guida per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio di gioco d'azzardo patologico"

2016. Terapia del dolore severo e dipendenza in Italia: il ruolo di FeDerSerD

2019. Indagine su atteggiamenti e credenze verso l'uso di sostanze stupefacenti. *Report*.

2019. Il contributo di FeDerSerD alla Maratona Patto Salute del Ministero della Salute.

2019. Elezione degli organi dirigenti nazionali di FeDerSerD. Programma della Lista "Per i Servizi, l'Innovazione e lo Sviluppo" (2019-2022)

2020. I Ser.D. e la cura dei tossicodipendenti per contrastare la diffusione del SARS-CoV-2

2020. Indagine conoscitiva parlamentare in materia di politiche di prevenzione ed eliminazione dell'Epatite C: il contributo di FeDerSerD

2020. Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'ambito delle loro funzioni. *Camera dei Deputati, XII Commissione Affari Sociali. Audizione del 29 gennaio 2020*

2020. FeDerSerD e Recovery Fund: Priorità e Proposte operative per i Servizi delle Dipendenze

2021. Ser.D. protagonisti in una nuova sanità territoriale

2022. Il benessere del territorio. Un'analisi funzionale per un intervento più incisivo

2022. Verso il futuro per i Servizi delle Dipendenze e per la medicina del territorio. *Guido Faillace rieletto presidente nazionale di FeDerSerD*

2023. Lettera agli iscritti, ai lettori, agli operatori

2023. Il contributo degli operatori dei servizi pubblici delle dipendenze al benessere bio-psico-sociale della persona con disturbo da uso di sostanze e alla riduzione dello stigma. Vienna, conferenza Nazioni Unite-CND

2023. L'impegno di FeDerSerD nello sviluppo di competenze specialistiche e modelli di intervento efficaci in tema di consumi e dipendenze giovanili. Venezia, Consiglio d'Europa, Gruppo Pompidou

2023. Prefazione in "Dipendenze: il valore della formazione per una nuova sanità territoriale. La Scuola superiore di formazione FeDerSerD Rita Levi Montalcini" di Edoardo Cozzolino e Alfo Lucchini

2023. L'esperienza dell'addiction nell'adolescente. Un'indagine quali-quantitativa sui fattori di rischio ed abuso nel territorio trapanese

2023. "L'ultimo intervento pubblico di Guido Faillace", Nuovi modelli organizzativi dei Servizi delle Dipendenze nella sanità del territorio. Bergamo, XII Congresso nazionale FeDerSerD, 25 ottobre 2023.

**La presentazione di Roberta Balestra** (Presidente nazionale di FeDerSerD)

Questo libro vuole essere un omaggio a Guido, ma anche ai suoi familiari e a noi, colleghi e amici, che lo abbiamo conosciuto ed apprezzato in questi anni intensi. Un libro da tenere vicino.

Un modo per ricordarlo con affetto e profondo riconoscimento, attraverso frammenti biografici, scritti, interventi professionali, testimonianze, foto, interviste, progetti realizzati nel tempo.

Un'impresa non facile, per la grande mole di materiale a disposizione e per l'emozione e la tristezza che albergano in noi, che viviamo la sua assenza ancora con incredulità.

La sua morte il 7 novembre 2023 ci ha colto tutti impreparati, ha suscitato un'impressione intensa, perché della sua malattia Guido aveva scelto di parlare il meno possibile, forse per cercare di metterla tra parentesi, di non concederle spazio, per non rinunciare a nulla di quello che voleva continuare a realizzare, per proteggere le persone care e se stesso dalla tristezza e dalla fragilità che conseguono alla verbalizzazione di come stanno realmente le cose.... Negli ultimi anni ha continuato a fare progetti, a rappresentare FeDerSerD ed i professionisti nelle sedi istituzionali, negli eventi internazionali e nazionali, a combattere per difendere la sanità pubblica ed il diritto delle persone ad avere servizi specialistici di qualità e facilmente accessibili.

La promessa di un viaggio che non poteva finire.

Alla fine di ottobre ha voluto essere presente al Congresso nazionale di Bergamo, che ha aperto in qualità di Presidente Nazionale, con un discorso emozionante fatto con un filo di voce, dimostrando per la prima volta in pubblico quanta fatica gli stava costando la sua caparbieta di non cedere alla malattia. Indimenticabile la cena sociale di Bergamo, con Guido elegantissimo e felice dell'affetto corale, della presenza di tutti noi e dei suoi familiari, con la grande torta ed il brindisi per festeggiare il 70° compleanno ed il recentissimo pensionamento.

L'eco della sua morte è stata vasta, in Sicilia e a livello nazionale: le istituzioni, i Ser.D., le comunità terapeutiche, le associazioni, le realtà sociali, a testimonianza della stima e dell'apprezzamento generale, del suo personale carisma.

Guido è stato un medico, un dirigente della sanità pubblica, che ha sempre coniugato la competenza professionale con la responsabilità di promuovere e sviluppare la capacità di offerta di prevenzione e cura del sistema dei servizi, attraverso un concreto impegno culturale, scientifico, istituzionale e politico. Combattivo, veemente, tenace, è stato per molti un avversario dialettico non facile, un interlocutore irriducibile, con le sue argomentazioni basate sulle evidenze, sulle conoscenze dei fatti sempre aggiornate, ma anche sulla passione generata dall'investimento e dall'orgoglio personale di "stare dalla parte giusta".

Questo lato più aspro del carattere si intrecciava ed armonizzava con quello ironico, premuroso, rassicurante, affettuoso, un po' spaccone e fiero, che ti faceva affezionare a lui.

È per questo che ci mancano le sue puntuali e regolari telefonate con l'accento siciliano provocatoriamente accentuato, le sue battute e le sue domande.

Chi come me ha potuto andarlo a trovare in Sicilia in periodo di ferie, serba nel suo intimo un ricordo in più, fatto di itinerari e di consigli personalizzati, di racconti appassionati sulla cultura, sulla storia e sull'arte di quella meravigliosa isola. Una memoria formidabile la sua, radicata nelle esperienze vissute in prima persona e raccontate con la generosità di chi vuole trasferirti la passione per quella terra ammalatrice.

Co-fondatore di FeDerSerD, ha investito con continuità sulla Federazione, sulla formazione e stabilizzazione dei nuovi operatori, sulla forza del gruppo, sulla multiprofessionalità ed interdisciplinarietà, sull'integrazione sociosanitaria, sulla necessità di collaborare e di fare rete con soggetti del privato sociale e delle comunità locali, sul protagonismo delle persone.

Mai rassegnato, nonostante il ripetersi o il mantenersi di situazioni di disinvestimento e di svalorizzazione del ruolo che i servizi pubblici rivestono nel garantire a tutti il diritto alla salute e l'equità di accesso alle cure.

Lavorare con lui come vice presidente è stata una esperienza arricchente, sia sul piano professionale che personale, e di questo lo ringrazio; ricevere il suo testimone non è cosa semplice. Sono consapevole di questo e pronta a fare la mia parte coi colleghi del Direttivo Nazionale.

Ringrazio tutti coloro che hanno contribuito a scrivere e curare questo libro, che si inserisce in un più ampio calendario di eventi in cui penseremo a Guido.

Ringrazio i familiari di Guido per la partecipazione; a loro va il mio personale abbraccio e quello di tutta FeDerSerD.

XIII CONGRESSO NAZIONALE FEDERSERD



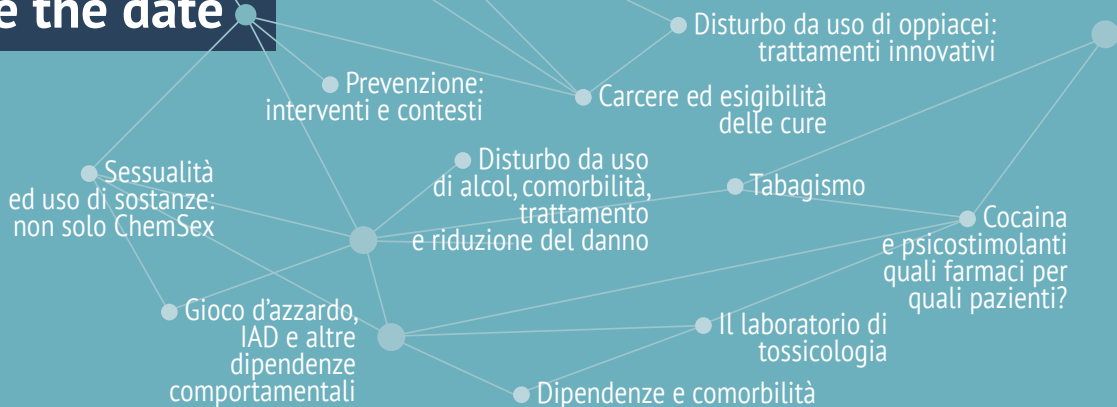
# Dipendenze: le dimensioni del fenomeno, l'efficacia dei percorsi di cura

*Nuovi Trattamenti, nuovi Servizi*

ROMA  
9 | 10 | 11  
OTTOBRE  
**2024**

Centro Congressi  
Holiday Inn Roma Parco Dei Medici

## save the date



INFO **EXPPOINT** | [federserd@expopoint.it](mailto:federserd@expopoint.it) | [www.federserd.it](http://www.federserd.it) | [www.expopoint.it](http://www.expopoint.it)  
CONGRESSI • EVENTI • COMUNICAZIONE

# ALCOVER®

sodio oxibato

175 mg/ml soluzione orale • flacone 140 ml corredato di misurino dosatore • 12 flaconi 10 ml



Depositato presso AIFA il 31/03/2023 MP2023/008



**CLASSE H: Specialità con impiego limitato nell'ambito degli ospedali e di strutture assimilate. Dispensabile in farmacia non in regime di SSN - RNRL**

**1 flacone 140 ml: €33,60 • 12 flaconi 10ml: €32,39**

Copyright © Franco Angelini

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial  
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

RCP ALCOVER



**È POSSIBILE LA SALUTE IN CARCERE? IL PAZIENTE DETENUTO CON DIPENDENZA PATOLOGICA**

**FAD ASINCRONA**

FAD ASINCRONA, online da martedì 5 marzo a martedì 31 dicembre 2024  
5 crediti formativi

Il programma di questa FAD ASINCRONA è composto da 5 moduli con brevi video che introducono alcuni capitoli del libro "È POSSIBILE LA SALUTE IN CARCERE? Salute mentale e Dipendenze: la complessità della cura" edito da CERCO EDIZIONI.

**FeDerSerD** [www.federserd.it](http://www.federserd.it) | [www.expopoint.it](http://www.expopoint.it)



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

**Consiglio Direttivo Nazionale**

- Roberta Balestra (presidente)
- Concettina Varango (segretario esecutivo)
- Felice Nava (direttore comitato scientifico)
- Giulia Audino, Liborio Cammarata,
- Roberto Carrozzino, Edoardo Cozzolino,
- Donato Donnoli, Maria Luisa Grech,
- Antonella Manfredi, Lilia Nuzzolo,
- Margherita Taddeo, Alessandro Coacci (p. president),
- Fausto D'Egidio (p. president),
- Alfio Lucchini (p. president), Vincenzo Lamartora,
- Marco Riglietta, Giovanni Galimberti,
- Liliana Schifano, Rosalba Cicalò, Angelo Solinas,
- Giorgio Serio, Vincenza Ariano, Giorgio Pannelli,
- Daniele Pini, Paola Trotta, Stefano Burattini,
- Mara Gilioni, Maurizio D'Orsi, Bettina Meraner,
- Francesco Sanavio, Roberto Calabria, Meri Bassini,
- Andrea Monculli

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"**

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. **000003417x16** intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

**ANNO 2024 - 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](mailto: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 2024

Di rinnovare l'iscrizione in qualità di socio ordinario per l'anno 2024

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 \_\_\_\_\_

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 - Franco Angeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano  
In caso di mancato recapito inviare a CMP Roserio per la restituzione al mittente previo pagamento resi.  
(Edizione fuori commercio).