

Editoriale

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
Guido Faillace 1

SAGGI, STUDI E RICERCHE

Intervento di gruppo psico-educazionale strutturato per moduli volto ad incrementare l'insight in persone che presentano disturbi da uso di sostanze sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria: un'esperienza nel Ser.T. di Monza
G. Crespi, S.E. Sala, L. Schifano, P. Fortuna, G.L. Galimberti 9

PDTA per la diagnosi e il trattamento in Regione Lombardia dell'infezione da HCV nelle carceri e nei Ser.D.

Marco Riglietta, Alberto Chiesa, Giorgia Cocca, Roberto Ranieri, Valeria Zilio e Gruppo di Lavoro Coordinamento UO Dipendenze Regione Lombardia 14

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Smetto quando non voglio: lo smart training orientato DBT per i consumatori di cocaina
B. Bassini, D. Lin, G. Giura 35

L'attività di prevenzione primaria e il ruolo svolto dall'assistente sociale del Ser.D.
Aurora Trotta, Donato Donnoli 39

Predittori clinici e psicopatologici di out-come nel Disturbo da Uso di Cocaina: uno studio di follow-up a tre mesi
Martina Nicolasi 41

Il disturbo da gioco d'azzardo online: buone prassi ed ipotesi di trattamento
Luca Rossi, Silvia Miceli 45

LE RUBRICHE

Contaminazioni
Paradigmi e Ontologie
Maurizio Fea 5

La Finestra
In tanti ti chiedono: perché l'eroina?
Nina, dal Carcere 7

Poetry Corner/Rubrica di Poesia
Enzo Lamartora 8

FeDerSerD/FORMAZIONE

Congresso FeDerSerD di Torino 18

Master Under 40 50

Congresso Nazionale FeDerSerD di Bergamo 51

RECENSIONI 40, 52

NOTIZIE IN BREVE 17, 44

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL
OF ADDICTION

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*

Il Sistema dei servizi per le dipendenze in Italia si compone di:

- 575 Servizi pubblici del Servizio Sanitario Nazionale, distribuiti sul territorio nazionale, con 616 sedi ambulatoriali, ad accesso libero e gratuito;
- circa 300.000 persone annue in cura per disturbo da uso di sostanze stupefacenti, alcol, tabacco e per dipendenze comportamentali;
- 86% dell'utenza di sesso maschile, con le donne che presentano problemi specifici e spesso più complessi;
- età media di 40 anni, mentre i giovani con età under 25 sono il 10%;
- 6.500 professionisti pubblici, dei vari profili professionali, tra cui medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori, amministrativi;
- un bisogno sommerso stimato di almeno 8 volte maggiore di quello espresso e tale dato rappresenta una priorità di sanità pubblica: servono maggiori risorse per poter sviluppare interventi territoriali e di prossimità.

* Relazione tenuta a Vienna presso la sede delle Nazioni Unite il 13 marzo 2023 in occasione della 66ª sessione della Commissione sugli stupefacenti dell'ONU (CND).

- **Utilizzo del questionario CTQ per la classificazione dei pazienti con Disturbo da Uso di Alcol in base alla tipologia di craving: un'esperienza che evidenzia limiti e opportunità**
Daniele Innocenti, Teo Vignoli
- **Caratteristiche comuni della violenza sessuale e della violenza sessuale alcol-indotta**
Ezio Manzato, Giovanna Del Balzo
- **Ridefinizione progettuale di percorso riabilitativo orientato alla mindfulness in una Comunità Terapeutica per Alcoldipendenze. Il cavallo e la tartaruga**
Paolo de' Lutti, con Rosalie Bariola, Fabio Dalla Vecchia, Sonny Raumer, Piera Zanetti, Ferdinando Mallitti, Fabiola Cumerlato, Carlo Favaro, Matilde Stimmadini, Chiara Dalla Pozza

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno IX, n. 36

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XVI, 2022 - N. 60

Fe Der Ser D

Editor in Chief

Alfio Lucchini, Milano

Scientific Board

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

Editorial Board

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

Editorial Office

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

Proprietà: FeDerSerD

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

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

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

Chiuso in redazione il 30/04/2023

ISSN 2037-4798

Seguici su:



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 Ser.D. sono parte della sanità territoriale e della integrazione socio sanitaria

La pandemia da Sars-CoV-2 ha dimostrato il ruolo fondamentale di un sistema sanitario pubblico territoriale, che deve essere potenziato dopo anni di scarsi investimenti.

I Servizi Ser.D. sono nodi specialistici della rete sanitaria territoriale e garantiscono interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno per le diverse forme di dipendenza.

Le équipe multiprofessionali, per assicurare i livelli essenziali di assistenza e per migliorare gli esiti delle proprie attività, lavorano in stretta integrazione con altri servizi sanitari, con servizi sociali, del privato sociale e del territorio di riferimento.

I Ser.D. curano la integrazione sociosanitaria e un approccio di prossimità

I Ser.D., attraverso il processo di integrazione socio sanitaria, garantiscono una valutazione completa dei bisogni delle persone e una risposta coordinata alle loro esigenze di salute.

Nelle dipendenze l'approccio di prossimità consente di intercettare prima il disagio, di diminuire il tempo di latenza (finestra temporale che precede la domanda di aiuto al Servizio), di favorire l'accesso alle cure, di migliorare la prognosi, di prevenire danni più gravi, sia sul piano sanitario che sociale; inoltre consente di sensibilizzare il contesto familiare e ambientale, affrontando il diffuso atteggiamento di stigmatizzazione e colpevolizzazione della persona.

È necessario un approccio scientifico alla complessità

Il Disturbo da Uso di Sostanze, per la sua eziologia multifattoriale bio-psico-sociale, richiede un approccio in linea con il Primary Health Care – PHC:

- accessibilità all'assistenza (accessibility), con facilità di accesso al primo contatto;
- assistenza del paziente condotta in maniera sistemica (comprehensiveness), tenendo in considerazione le interdipendenze dei fattori bio-psico-sociali sullo stato di salute dell'individuo;
- integrazione (coordination) tra i diversi professionisti e attori coinvolti;
- continuità delle cure (continuity/longitudinality);
- rendicontazione periodica (accountability) su processi e risultati dell'assistenza fornita per il miglioramento continuo di competenze e servizi offerti.

(George Libman Engel nel 1977 ha elaborato il "modello bio-psico-sociale della salute" e già nel 1948 l'OMS aveva definito il concetto di salute come stato di benessere fisico, psichico e sociale).

Temi centrali sono la lotta allo stigma e la riabilitazione sociale

La dipendenza può interrompere o fare regredire il processo di apprendimento di competenze sociali fondamentali, determinando una maggiore vulnerabilità rispetto alla popolazione.

Lo stigma nella dipendenza ha radici culturali e sociali, condiziona gravemente l'immagine che la persona ha di sé e della propria patologia (colpevolizzazione, vergogna, autostigma, disistima).

Fornisce un ritardo nella richiesta di aiuto, che determina il bisogno sommerso.

Le attività di riabilitazione devono coinvolgere sia la persona che il suo contesto di vita per avere una maggiore efficacia.

La riabilitazione sociale richiede pertanto interventi:

- centrati sulla persona (sviluppare consapevolezza e skills);
- centrati sul contesto di vita, per modificare false credenze, aumentare le conoscenze e la sensibilità, diminuire i comportamenti ostili e pregiudiziali, che possono interferire col programma e con il superamento delle disuguaglianze di salute.



MOLTENI[®]
FARMACEUTICI 1892 | 2017

125



**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>

Il bisogno inespresso è d'altronde una priorità di sanità pubblica

Vi sono responsabilità e compiti del Servizio Sanitario Nazionale, che deve garantire la tutela della salute e contrastare le disuguaglianze di salute con un approccio di medicina di iniziativa.

Il ritardo nella richiesta di aiuto nelle dipendenze (tempo di latenza) ha numerose cause, quali la sottovalutazione del problema; la diffidenza/resistenza verso i Servizi; la stigmatizzazione sociale, che disorienta le persone e i familiari; la paura di essere segnalati, giudicati, la vergogna e l'autostigma; le carenze nell'offerta (accessibilità dei Servizi, disomogeneità delle proposte, nuovi bisogni...).

E le conseguenze del bisogno inespresso nelle dipendenze, con il ritardo nella presa in carico peggiora la situazione clinica e la prognosi, la situazione socio-economica e quella giudiziaria, elevando i tassi di morbilità e mortalità, il carico di disagio e sofferenza, anche della famiglia (costi sanitari e sociali).

Inoltre il ritardo di realizzazione di programmi di empowerment favorisce fenomeni di marginalità sociale e di mancato reinserimento (stigmatizzazione, demotivazione, povertà, comportamenti antisociali, illegalità, improduttività).

Infine maggiori sono i rischi di contagio e trasmissione di patologie infettive e vi è un maggior numero di eventi acuti (overdose, incidenti, accessi ai servizi di emergenza).

Ricordiamo i determinanti della salute, dal grado di istruzione, al reddito e stato sociale, alla rete sociale, al lavoro e alle condizioni lavorative, all'ambiente fisico, alla biologia e genetica, agli stili di vita e alle risorse personali, senza dimenticare fattori legati alla prima infanzia e le caratteristiche dei Servizi sanitari.

Le persone più povere di risorse e di competenze si ammalano di più, guariscono di meno e muoiono prima.

Lo svantaggio sociale rappresenta il principale fattore di rischio per la salute e la qualità della vita.

Una parte significativa dell'utenza dei Ser.D. appartiene alle fasce più vulnerabili.

Vi è la necessità di lavoro territoriale per intervenire sui fattori sfavorevoli, sullo stigma, per mappare la presenza di potenzialità e favorire il reinserimento.

Riabilitazione, recovery, guarigione

La cura della dipendenza deve essere orientata fin dall'inizio alla ripresa, alla ri-abilitazione, alla recovery e, quando è possibile, alla guarigione (la definizione di patologia cronica recidivante risulta inappropriata in molte situazioni, ad esempio per l'utenza giovane).

Recovery come percorso personale di graduale ripresa, non lineare, che i Servizi devono favorire.

L'accesso agli interventi riabilitativi non deve essere subordinato al raggiungimento dello stato "drug free", ma deve essere inteso come parte integrante del progetto di cura.

Obiettivi realistici concordati con la persona, sugli assi portanti della casa, della formazione, della socialità e del reddito.

Veniamo ad alcune conclusioni

Il lavoro territoriale è parte integrante e sostanziale del lavoro specialistico dei Ser.D., in cui la componente sanitaria e quella sociale sono inestricabili.

L'area delle dipendenze richiede un livello di alta integrazione sociosanitaria, per le caratteristiche di complessità dei bisogni di salute delle persone.

I Ser.D. sono impegnati a garantire progetti di cura in cui le attività terapeutiche sono realizzate in sinergia con quelle di riabilitazione ed empowerment, per sostenere e favorire il raggiungimento progressivo del livello di benessere possibile ed auspicato dalla persona.

Il contrasto allo stigma rappresenta un impegno per i Ser.D., sia negli interventi di presa in carico individuali che in quelli rivolti a gruppi target della popolazione generale.

Guido Faillace

Presidente Nazionale FeDerSerD



Contaminazioni

Maurizio Fea

Paradigmi e Ontologie

Fino alla metà degli anni '80 i criteri interpretativi delle condotte tossicomane erano influenzati prevalentemente dal giudizio morale.

Dai primi anni '90 è iniziato, nel nostro paese, il processo di definizione, sviluppo ed evoluzione di paradigmi concettuali che hanno ispirato le condotte cliniche e influenzato le linee di ricerca fino ad oggi.

Malattia metabolica (1) e *malattia della volontà* (2) sono le due episteme che pur non essendosi mai realmente confrontate sulle rispettive evidenze neurobiologiche, tuttavia hanno generato schieramenti e orientato l'attività di cura.

Tra questi due paradigmi si colloca la *self-medication hypothesis* di Khantzian (3), che le ricerche del gruppo di Rounsaville a Yale (4) hanno sviluppato con l'introduzione della fenomenologia psichiatrica nel dominio delle dipendenze dando corpo alle varie edizioni DSM che si sono succedute.

Che la tossicodipendenza fosse una malattia e non un vizio morale sembrava acclarato e condiviso, tuttavia non era affatto chiaro di quale malattia si trattasse.

Il paradigma della malattia metabolica che giustificava la legittimità scientifica della terapia agonista sostitutiva, confliggeva con le interpretazioni di carattere sociologico e con gli orientamenti moraleggianti che erano presenti anche in ambito sanitario, con influenza nefasta sulla diffusione dell'Aids.

Hiv e Aids iniziati e diffusi dalla metà anni '80 interfacciano pesantemente con l'attività clinica e spostano il fuoco della attenzione dalla natura della tossicodipendenza alle conseguenze della tossicomania non curata.

La malattia infettiva fonte di preoccupazione per le autorità sanitarie e di angoscia per le persone, ha prevalso sulla necessità di comprendere la natura del disturbo comportamentale, e la cura della dipendenza da eroina è stata giustificata dalla necessità di contenere la malattia infettiva.

Se dal punto di vista della tutela della salute, la scelta, pur contrastata e controversa, è stata giusta, dal punto di vista della comprensione della natura della tossicomania ha costituito un intoppo epistemico di notevole portata.

In questo contesto epidemiologico e clinico prende avvio lo sviluppo della forma ad effetto protratto del naloxone, risolto farmacologico degli studi sui rapporti tra corteccia orbitofrontale e aree mesolimbiche che conducono alla teoria della inabilità cognitiva (5) e inibizione della volontà, fondando la ragione epistemica della malattia della volontà.

Terapie con farmaci agonisti e terapie con farmaci antagonisti nei primi anni '90 hanno messo in scena un confronto con importanti ricadute cliniche, senza che fossero chiare davvero le basi su cui si fondavano entrambe le idee di malattia.

Conflitto spesso aspro che si è svolto su un palcoscenico teatrale le cui quinte erano popolate e animate da varie teorie psicologiche in conflitto tra loro ma generalmente unite nella sospettosità verso il modello di malattia metabolica che sembrava vanificare il ruolo dello psichismo nel comportamento tossicomane.

Utile per mostrare come il conflitto tra i due paradigmi fosse componibile è stato il Caso UROD sperimentato non senza grandi

polemiche (7) da Legarda e Waismann (6) e promosso nel '95 con l'operazione Hope al San Raffaele di Milano dal costo di 11 milioni per ogni intervento, che consisteva nella detossificazione rapida e indolore seguita dalla assunzione protratta di farmaci antagonisti.

Questa pratica clinica ha messo in sinergia la cura della malattia metabolica (ripristinare l'attività fisiologica dei neurotrasmettitori oppioidi senza soffrire astinenza) e la cura della malattia della volontà (terapia con antagonisti a lungo termine, 6 mesi) per riprendere il controllo sulle pulsioni e ripristinare le funzioni esecutive corrotte dall'uso protratto di oppioidi/eroina.

In questo filone si è inserito anche l'impianto sottocutaneo di antagonisti a lento rilascio che avrebbero dovuto aiutare il recupero delle funzioni esecutive mediante il blocco chimico dell'uso di sostanze.

Esiti fallimentari con situazioni di grande rischio per i pazienti che cercavano di vincere il blocco recettoriale indotto dall'antagonista.

Nel complesso rapporto tra gli indirizzi di ricerca, le sue applicazioni cliniche, le politiche sanitarie, le pubbliche opinioni, l'industria dei farmaci, la mancanza di un costrutto chiaro sulla natura della malattia in questione ha favorito incomprensioni, conflitti evitabili e ricadute negative per i pazienti. I costrutti e le teorie che di volta in volta sono state esaminate e proposte erano generalmente focalizzate su singoli elementi del complesso cervello-comportamento, singoli fattori di volta in volta emergenti da specifiche ricerche che mettevano in evidenza aspetti significativi ma parziali per fornire spiegazioni soddisfacenti del comportamento tossicomane (8).

Polimorfismi e varianti con cui si spiegano i deficit oppure gli eccessi neurotrasmettitoriali, profili psicopatologici che condividono i tratti con altre patologie (area dei disturbi di personalità), condizioni ambientali considerate come variabili favorevoli e talora predittive di esiti evolutivi problematici e patologici.

La triade genetica, ambiente, psiche entro cui si situa la disponibilità di sostanze capaci di alterare/modulare gli stati affettivi è la cornice formale entro cui si cerca di dare senso unitario e orientamento agli indirizzi di ricerca e alle pratiche cliniche in precario equilibrio tra i due paradigmi.

Questa cornice è un artefatto culturale, un "faticcio" direbbe Bruno Latour (9), che fatica a spiegare come e soprattutto quando si interfacciano i punti della triade e perché prendono corpo in alcune storie individuali e non in altre.

Di epigenetica (10) si comincia a parlare con una certa frequenza a partire dagli anni duemila sebbene riferita a studi sul comportamento animale.

Nella cornice si alternano in un rapporto primo piano e sfondo la psicopatologia, la genetica e l'ambiente come teatro dove emergono per animarsi le altre due componenti, ma manca una ontologia che dia linguaggio, sistemi formali interpretativi comuni a partire dalla diversità dei domini concettuali implicati con le relative discipline, che animano la scena clinica e di ricerca sull'addiction.

Ontologie (11) sono sistemi formali per organizzare la conoscenza e integrare le nuove osservazioni con ciò che già è noto.

I filosofi usano il termine ontologia (letteralmente, discorso sull'essere) per descrivere gli sforzi per classificare o raggruppare idee, in particolare quelle relative alla natura dell'esistenza.

Gli scienziati oggi usano la parola ontologia per riferirsi agli sforzi per organizzare la conoscenza in domini particolari.

Le scienze del comportamento dispongono di una ontologia valida per la ricerca e la sperimentazione animale mentre per l'umano ancora non si sono trovate definizioni comuni soddisfacenti.

Nell'ambito circoscritto dei disturbi mentali ci sono i criteri eziopatogenetici e i cataloghi diagnostici che tuttavia, per quanto riguarda l'addiction non sono soddisfacenti in quanto rimangono ancorati ad un modello di malattia con forti ed evidenti componenti d'organo, strutturali, metaboliche, funzionali.

Per gli animali da esperimento non si parla di malattia ma di comportamenti, non si fanno inferenze psicopatologiche né si misurano le capacità volitive e le intenzioni ma si studiano i comportamenti in condizioni sperimentali, si individuano e si manipolano le caratteristiche genetiche associabili a determinati comportamenti le cui conseguenze ne giustificano le ipotesi teoriche.

Nell'uomo è diverso: passioni e desideri, impulsi e decisioni sono ragioni che appartengono ad ordini gerarchici e funzionali complessi, vengono espressi e gestiti da aree neuronali specifiche del cervello, che si parlano tra loro, scambiano informazioni, prendono o lasciano prendere decisioni, inibiscono o autorizzano comportamenti e pensieri, e si coordinano in un processo continuo di valutazione delle informazioni interne ed esterne, e di regolazione delle risposte.

La qualità delle informazioni fornite dall'ambiente interno o esterno che sia, il loro carattere emozionale, che può essere di segno positivo o negativo, influenza in modo decisivo la qualità ed il tipo di risposte, e può condizionare la ripetizione nel tempo di una determinata risposta ad un particolare tipo di stimolo.

È intuibile che si tende a ripetere ciò che ci fa stare bene o può evitare il dolore, ma le passioni o i desideri che ci muovono e ci fanno prendere decisioni, sono frutto di complesse elaborazioni di esperienze diverse, non sempre piacevoli, talora contraddittorie, che tuttavia ci possono indurre, a volte in modo compulsivo, a ripetere determinati comportamenti, oppure a privarci volontariamente di condizioni ritenute generalmente molto piacevoli o più semplicemente a posporre la realizzazione di quella condizione.

Cercare di comprendere tutto questo comporta la pluralità di discipline coinvolte, di teorie e modelli interpretativi che ancora non dispongono di un linguaggio e di una visione comune, di una ontologia capace di aiutarci a formulare paradigmi interpretativi adatti alla complessità dei comportamenti umani.

L'irruzione delle *dipendenze comportamentali* (12) segna un altro punto di svolta nella messa in crisi del costrutto di addiction come malattia del cervello sia metabolica che della volontà.

Basta pensare alle passioni sportive, lo sport praticato per intenderci, o alla passione per lo studio e per la ricerca, per la musica o per l'arte, o per il collezionismo di varia natura – dalle figurine dei calciatori agli orologi – e via discorrendo.

È innegabile che queste passioni espresse ad alti livelli di impegno e dunque ad elevata salienza per gli interessati che le vivono, possono comportare rinunce ad altre cose, possono produrre conseguenze negative su alcuni fronti, trascurare affetti o altri aspetti importanti della propria vita, anche causare danni alla salute e alla fine apparire irrinunciabili.

La reiterazione dei comportamenti in presenza di conseguenze negative, il desiderio di intensificarli, o infruttuosi tentativi di smettere segnati dal sentimento di perdere qualcosa, in questi casi sono difficilmente interpretabili senza forzature, come segni patognomici di malattia sia che li consideriamo singolarmente o complessivamente.

È necessario chiamare in causa elementi diversi, che provengono dalla complessità dei singoli individui e dalle loro interazioni con la storia che ha contribuito a renderli ciò che sono.

Si tratta di elementi che sono sovraordinati, seppure integrati, rispetto ai processi neurobiologici che regolano le risposte di soddi-

sfazione o piacere, risultato di, a volte lunghe e controverse, negoziazioni tra desideri e pensieri, che io chiamo ragioni, riferendomi ad un complesso sovraordinato di motivi, frutto delle relazioni tra soggetti e la loro storia, che regolano l'approccio delle persone alla ricerca del benessere ed alla autodeterminazione, che è la base dell'effettiva regolazione comportamentale.

Forse è illusorio pensare di individuare una misura chiara per discriminare ciò che è patologico e ciò che rientra nella irriducibile variabilità individuale, che caratterizza i modi di interpretare la propria vita, darle un senso, servendosi anche di ciò che, uno sguardo superficiale può giudicare benefico o utile, ma che alla lunga potrebbe rivelarsi inadatto o deludente.

Tuttavia il ritenere illusoria tale possibilità non rende affatto vana ed impossibile la ricerca di un punto di equilibrio, che non può che essere dinamico, sensibile alla pluralità delle affordances che popolano il nostro vivere e alimentano la capacità del cervello di creare continuamente "modelli anticipatori" o aspettative probabilistiche, dando vita a pulsioni che via via emergono e prendono forma, trasformando comportamenti prima singolari e rari, in sempre più diffuse e condivise abitudini sotto il segno dell'irrinunciabile o del coatto.

Dunque credo che sia necessario rivedere i paradigmi interpretativi e l'uso che se ne è fatto per definire il costrutto di dipendenza come malattia del cervello così come è utilizzato e applicato nei diversi ambiti di ricerca (neurobiologica, genetica, farmacologica, psicologica).

Si potrebbe cominciare *col definire l'ambito delle scienze del comportamento e una sua propria ontologia* che, riconoscendo il valore e l'utilità dei vari repertori messi a punto nelle diverse discipline che concorrono alla definizione di addiction, non si limiti a ricercare omologie eziologiche e compatibilità tra criteri diagnostici esistenti, ma provi a costruire un linguaggio condivisibile e non scontato.

L'alfabeto delle scienze del comportamento umano che ancora ci manca.

Riferimenti bibliografici

- (1) Dole V.P., Nyswander M.E. (1967). Heroin addiction – a metabolic disease. *Arch Intern Med.*, Jul., 120(1): 19-24.
- (2) Volkow N.D., Koob G.F., McLellan A.T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4): 363-371.
- (3) Khantzian E.J. (1985). Psychotherapeutic interventions with substance abusers: the clinical contest. *J Subst Abuse Treat*, 2: 83-8.
- (4) Carroll K.M., Rounsaville B.J. (2003). *Bridging the Gap: A Hybrid Model to Link Efficacy and Effectiveness Research in Substance Abuse Treatment*. American Psychiatric Publishing. DOI: 10.1176/appi.ps.54.3.333.
- (5) McCusker C.G. (2001). Cognitive biases and addiction: an evolution in theory and method. *Addiction*, 96(1): 47-56.
- (6) Legarda J., Gossop M.A. (1994). 24-hr inpatient detoxification treatment for heroin addicts: a preliminary investigation. *Drug Alcohol Depend.*, 35: 91-93.
- (7) Brewer C., Williams J., Carreno E., Bobes Garcia J. (1998). Unethical promotion of rapid opiate detoxification under anaesthesia (RODA). *Lancet*, 351: 218.
- (8) Panksepp J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford: Oxford University Press.
- (9) Latour B. (1996). *Il culto moderno dei fatticci*. Meltemi.
- (10) McEwen B.S. (2017). Epigenetic interactions and the brain-body communication. *Psychother. Psychosom.*, 86(1): 1-4. DOI: 10.1159/000449150.
- (11) <https://behavioral%20sciences/Chute-commissioned-paper.pdf>.
- (12) Fea M. (2019). *Spegni quel cellulare. Le tecnologie tra cattive abitudini e dipendenze*. Carocci.

La Finestra

Luca di Sanseverino (in memoria)

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

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

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

In tanti ti chiedono: perché l'eroina?

È iniziato tutto come un gioco, non c'era la coca in giro e allora ho deciso di provare l'eroina.

No, non era un brutto periodo dove dici "fanculo provo l'eroina", era un giorno tranquillo e sereno. Ero in bronx dietro la stazione dei treni e mi è stata offerta una riga di roba che ho accettato.

Ad essere sincera mi ha fatto schifo ed ha iniziato a venirmi la nausea, tanto che arrivata a Muggia ho vomitato.

Ad essere sincera non avevo capito la botta di questa droga, infatti non l'ho più usata per un po' di tempo.

Un giorno mi si è riproposta davanti ed ho deciso di riutilizzarla, ma questa volta fumandola, ed è stato in quel momento che ho capito tutto.

Mi sono ritrovata in una bolla tutta mia dove nessuno poteva entrare, soprattutto i miei pensieri che in quel periodo erano tutt'altro che buoni.

Da quel giorno non ho più smesso, ho continuato a fumare perché mi faceva star bene e mi faceva restare nel mio "posto sicuro".

Poi succede che mia mamma lo scopre (cosa inevitabile ormai) e decido di andare via di casa. Decido di vedermi a Milano con la mia ex, arrivata a Milano senza niente ho iniziato a star male per l'astinenza e mi son messa a cercare la roba.

Incontro questo ragazzo, Roberto che mi invita a seguirlo a Rogoredo, dove si trovava la roba buona.

Ci mettiamo sulla metro che ci avrebbe portato fino a lì.

Arrivati nel bosco, ormai era sera, mi disse di aspettarlo lì sul prato che dentro non era un bel posto. Tra dolori e tutto, il tempo sembrava non passare mai, tanto che ho pensato non tornasse più.

Dopo un po' di tempo è arrivato con la roba ed un pezzo di stagnola tutto stropicciato e mi ha accompagnato su delle scale a fumare mentre lui si faceva una spruzza.

Li ho chiesto come ci si sentisse e mi ha spiegato che era come essere in paradiso.

Io in quel momento non avevo più nulla da perdere e quindi ho deciso di provare.

Forse non avrei mai dovuto farlo perché è stato l'inizio della mia fine.



Da quel giorno ho iniziato a farmi giorno e notte, finché una sera mi son fatta una speedball esagerata e son finita in overdose appoggiata ad un cancello.

Se non ci fosse stato Roberto, io ora non sarei qui a scrivere questo.

Dopo quel giorno decisi di tornare a Muggia, non riuscivo nemmeno a muovere il braccio dal dolore.

Arrivata a Muggia son corsa in bar della mia migliore amica, che non mi parlava più da quando son andata via.

Mi ha abbracciato e ci siamo messe a piangere.

Il giorno stesso mi ero messa in testa che volevo smettere e son andata al Sert a chiedere aiuto. Devo dire che loro mi hanno e mi stanno ancora aiutando un sacco.

Grazie a loro sono riuscita a smettere per un bel periodo.

Un giorno, non ricordo cosa fosse successo ma ho riiniziato a fumare, poi mi hanno arrestata.

Dopo l'arresto pensavo di riuscire a smettere ma non è stato così.

Ho iniziato a sputare la terapia per potermi fare ed ho continuato finché non riuscivo più a trovarmi le vene.

Mi bucavo anche dieci volte prima di trovarne una, ma non mi interessava, perché dopo quel piccolo dolore avrei trovato quella pace di cui avevo bisogno.

Penso che dall'eroina per quanto se ne voglia uscire non se ne uscirà mai, potrai smettere di farti, potrai farti passare le astinenze e non farti per anni, ma saprai che quella è la cosa che in tutto il male ti ha fatto star bene e ogni cosa brutta che ti succederà il tuo pensiero sarà rivolto a lei, la tua eroina, l'unica in grado di portarti lontano dal male che avrai attorno.

Nina, dal Carcere

Poetry Corner/Rubrica di poesia

Enzo Lamartora

Introduzione a Caterina Anghelaki-Rooke

Immaginatela seduta su di una poltrona al sole della sua amata isola Egina, sorridente, senza veli o posture ricercate. Così, Katerina Anghelaki-Rooke si presenta per la prima volta al lettore italiano.

Per parlare di questa poetessa vorremo usare la lingua di una sua celebre poesia, Tristù, il silenzio, lingua a lei tanto cara. Perché:

Nel silenzio le poesie nascono come
in amore solo che lo spietato silenzio
ha l'abitudine
sia di generarle
che di ingoiarle.

(Tristù - 1995)

Per la Rooke la poesia è "uno dei fiori più antichi della terra, è espressione del mondo, come "potenza creatrice". Per lei che crede solo in un qui e ora, il poeta è un "divoratore della vita". Niente più di questo. La sua devozione è per la poesia pura, quella che non vuole dire altre che "io sono un poeta". Rifugge, la Rooke, dalla poesia sociale, politica, teoretica.

La natura ti racconta incessantemente
com'è vivere con le acque
le foglie, le antenne ricettive
con gli innocenti che si vendicano
gli indemoniati che soffrono
ti esibisce le sue budella che ribollono
i crateri della sua longevità che traboccano.

(Estroversione della natura - 2003)

Il poeta, elemento stesso della natura, se ne appropriava, la divorava attraverso un movimento erotico del proprio corpo, per crearla e ricrearla, secondo un fluire senza fine. Iniziato prima che la vita decidesse di entrare in scena con un atto unico, un attore unico che recita l'unico genere esistente, il genere maschile:

L'aria odorava di fiori sconosciuti
e nessuna lampadina testimoniava
un 'adesso' falso o reale.
Ah, sì, dissi e affondai il mio piede sgraziato
nell'erba atrofizzata, così era prima...
Prima che si alzasse il sipario della nube
e iniziasse il primo atto
con il primo attore che recita
la parte del primo maschio...
Così era prima che pensassero di soffocare
le neonate femmine
prima che Erasmo ci cambiasse la pronuncia
prima che si udisse il primo lamento
per la vita su questa terra,
così era il teatro dell'esistenza
prima che iniziasse lo spettacolo in più atti.

(Estro prima del diluvio - 1997)

E anche quando è iniziato lo spettacolo in più atti e con attori, lo sguardo del poeta è rimasto puro, tanto puro da continuare a stupirsi di fronte alle infinite repliche dello spettacolo che la natura inscena, con un copione mai cambiato:

Ah, mandorlo in fiore, mandorlo in fiore!

Ti dicevo, ricordi?

(Tu che nel mio inverno

errasti nel mio giardino silenzioso...)

Come può, mentre il cielo lo sferza brutalmente

esplodere di bianco

con un po' di rosa in mezzo, per Dio?

Com'è che vince il diniego che lo circonda

e fiorisce lui per primo?

(Il mandorlo in fiore - inverno '97-'98)

Lei è "il poeta" del mitico e del potere evocativo. I poemi di Anghelaki-Rooke hanno una musicalità e una risonanza che incanta. I suoi versi contengono un erotismo nel quale, straordinariamente, il potere del sesso si trasforma in metafora del pensiero.

Ribelle al determinismo del reale
dimmi che ti vedrò ancora
uscire nelle radure
con le tue gambe snelle
avvolte nei glicini
con sperma di uccelli
alle radici dei tuoi capelli
tu che porti il cielo
che io ho perso guardando per ore dalla finestra
i corvi cambiare dimora
tu che dici parole
quasi fossero calendule selvatiche sui pendii
tu che brilli labbra-parole
tu, il sommo organismo
della poesia nel torrente.

(Nel bosco - 1982)

La Rooke offre una visione poetica del "suo corpo", nella sua natura tragica e finita, contrapposto all'adorazione del corpo "altrui". Un altrui che assume spesso la perfezione dei volti del mito: Penelope, La Maddalena:

E Penelope che ora sente
la musica suggestiva della paura
le percussioni della dimissione
il dolce canto di un giorno quieto
senza bruschi cambiamenti di tempo o di tono
gli accordi complessi
di una gratitudine infinita
per ciò che non accadde, non fu detto, non si dice
fà cenno che basta, basta, basta con l'amore
basta con le parole e i sussurri
carezze e morsi vocii nel buio
odore di carne che al sole si brucia.
Fu il dolore tra i Proci il più prezioso
e gli chiuse la porta.

(L'altra Penelope - 1995)

Per noi alla fine di questo viaggio, non resta che ascoltare le sue poesie che verranno proposte dal prossimo numero.

📄 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

Intervento di gruppo psico-educazionale strutturato per moduli volto ad incrementare l'insight in persone che presentano disturbi da uso di sostanze sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria: un'esperienza nel Ser.T. di Monza

G. Crespi*, S.E. Sala[^], L. Schifano^o, P. Fortuna[§], G.L. Galimberti***

SUMMARY

■ *Patients with addiction treated in specialized services, also those who have Judicial Authority restrictions, are frequently little compliant to scheduled appointment.*

Standardised psychoeducational group intervention organized in modules is a new approach for Substance Use Disorder patients designed to promote their involvement in a treatment plan working on insight development.

Group method: the method provides 90 minutes theme meetings 8 times a week run by a conductor and a co-conductor for a closed group of 8 people.

For each meeting some theme work units are established, to increase self-awareness (insight) both recognising and managing emotions and recognising and setting practical and personal goals using problem solving.

Meetings are divided in three parts: assigned exercises assessment, topic to be treated and next exercise assignment.

Materials and methods: Two groups of 8 participants each were conducted, with 90 minutes meetings every week.

All patients were subjected to legal measures and attended Addiction treatment service discontinuously, only to take replacement and/or symptomatic therapy.

Some outcomes that indicated an increased insight were assessed: toxicological supervision compliance, constant and operative group attendance and compiling training sheets at home, and patient request to start an individual treatment after the 8 group meetings.

Results: Treatment outcome assessment shows a positive effect on the indicators considered.

All the 12 completers compiled training sheets at home and were compliant with toxicological supervision having negative drug test results, and 6 requests for starting an individual psychotherapy treatment and 2 requests for an educational treatment were received.

Follow-up outcomes confirm that if the ability of reflecting on emotions, thoughts and experiences increases, than a higher awareness of needing care and a better treatment adherence can be achieved. ■

Keywords: *Psychoeducational group intervention, Basic emotions, Communication skills, Problem solving, Insight, Compliance, Treatment adherence, Addiction treatment services.*

Parole chiave: *Intervento di gruppo psicoeducazionale, Emozioni di base, Competenze comunicative, Problem solving, Insight, Compliance, Aderenza al trattamento, Ser.T.*

Articolo sottomesso: 19/12/2022, accettato: 15/03/2023, pubblicato online: 09/06/2023

Introduzione

Nell'ambito dell'utenza ambulatoriale del Ser.T. si evidenzia con frequenza una ridotta aderenza alle visite programmate anche da parte di pazienti sottoposti a vincoli dell'Autorità Giudiziaria.

* Medico psichiatra Ser.T. Monza.

[^] Assistente sociale Ser.T. Monza.

^o Coordinatore infermieristico Ser.T. Monza.

[§] Responsabile sede Ser.T. Monza.

** Direttore ff SC Dipendenze ASST Monza.

La sola prescrizione di cura da parte della Magistratura non è sufficiente a garantire una regolare frequenza al servizio ed a sostenere la motivazione all'astinenza: si è osservato infatti un drop-out dal programma proposto nei primi 6 mesi di monitoraggio pari al 30% nonostante la violazione dei vincoli implichi una possibile carcerazione o comunque il mancato ottenimento di benefici quali ad esempio i giorni di liberazione anticipata. L'intervento di gruppo psicoeducazionale pensato su moduli vuole essere un nuovo approccio ai pazienti affetti da Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) standardizzato che mira a favorire l'inclusione in un percorso di cura agendo sull'insight.

L'approccio che viene qui presentato si può considerare innovativo perché "integra" le metodologie della promozione della salute mentale, di salutogenesi, con l'azione, le tecniche e le strategie psicoeducative che sono di provata efficacia, con particolare attenzione a quegli aspetti di funzionamento cognitivo che mediano il funzionamento sociale e personale

L'esperienza suggerisce che il primo intervento nel processo di presa in carico dovrebbe essere mirato a stimolare la consapevolezza di un bisogno di cura che non riguarda solo l'ambito della dipendenza, ma che coinvolga in modo più ampio il funzionamento personale e sociale, in altre parole l'insight.

Più è elevato l'insight e più le persone sono disponibili al cambiamento rispetto alle controparti con basso insight (1), vi è infatti una stretta correlazione tra la presenza di un buon insight e l'aderenza al trattamento con alti tassi di astensione dall'uso di sostanze.

Un recente studio evidenzia che gli utilizzatori di sostanze spesso non considerano il loro uso come problematico anche se sta danneggiando la loro salute (2), o sovente solo quando si verificano conseguenze sociali, come la perdita del lavoro, problemi relazionali, problemi legali o finanziari. Solo allora le persone con DUS iniziano a pensare di avere un problema, pur continuando a mostrare grandi difficoltà di adesione al trattamento, come osservato anche nel nostro Servizio.

Entrando nel merito del significato di insight, la concettualizzazione classica si riferisce alla consapevolezza e alla comprensione di sé delle proprie esperienze (3-4).

Negli ultimi vent'anni si è sviluppata una definizione alternativa di insight, incentrata sui processi meta-cognitivi: l'insight "cognitivo" (4), definito come la capacità di riflettere sui propri pensieri e di considerare il punto di vista degli altri riguardo a tali pensieri ed esperienze (4).

Le definizioni di insight "clinico" e cognitivo sono considerate complementari ed è utile da un punto di vista clinico esplorarli entrambi

L'intervento psicoeducativo strutturato su moduli si propone di agire sul insight cognitivo attraverso la maieutica adattata al gruppo, la normalizzazione, l'uso di abilità di comunicazione efficace, di problem-solving e modeling.

Questo tipo intervento migliora la consapevolezza di sé e del disturbo poiché i pazienti attraverso il riconoscimento guidato delle proprie emozioni imparano a riconoscere quelle disfunzionali per cui ricorrono alla sostanze.

Le schede a casa e gli esercizi di problem solving offrono uno strumento concreto con cui imparano a rivalutare e rivedere le proprie emozioni/reazioni, e così anche le proprie convinzioni. È noto che un uso prolungato di sostanze può compromettere il funzionamento cognitivo e il processo decisionale (5) e a questo può ridurre la capacità d'insight del paziente.

Un uso pesante e prolungato di sostanze può compromettere il funzionamento cognitivo ed il processo decisionale (6) e questo può ridurre la capacità di insight di una persona (7-8) sul ruolo che l'uso di sostanze svolge nel contribuire a esiti negativi per la salute (6) e questo a sua volta ridurre il suo comportamento di ricerca di cura (9-10)

La comprensione dell'insight nelle persone con DUS può aiutare a superare le difficoltà ad accedere al trattamento, a rimanere nel trattamento e a raggiungerne gli obiettivi (9-11-12).

Sul presupposto dell'insight cognitivo, presso il Ser.T. della ASST Monza è stato proposto un intervento di gruppo psicoterapeutico-psicoeducativo, diverso dai gruppi tradizionalmente svolti, che si sviluppa prendendo spunto da un percorso psicoeducativo strutturato, detto "Approccio Inte.G.R.O" (13), studiato in

ambito psichiatrico per sostenere la recovery di persone con disturbo mentale attraverso il miglioramento dell'insight cognitivo. Questo approccio è stato concepito per aiutare le persone a definire meglio gli obiettivi di benessere psicologico attraverso un lavoro che si pone i seguenti obiettivi: migliore comprensione delle proprie emozioni e di quelle suscitate negli altri, individuare soluzioni di problemi pratici, migliorare la rete sociale, abituarsi a ragionare prima di "saltare frettolosamente alle conclusioni", gestire la rabbia, avere una comunicazione efficace con gli interlocutori.

Questa modalità d'intervento non affronta mai direttamente l'argomento della "malattia" o sostanza d'abuso, che tuttavia può essere coinvolto dal paziente stesso in maniera indiretta.

Questo approccio permette al paziente di aumentare la propria consapevolezza del problema.

Gli incontri mirano a sviluppare e sostenere un insight di malattia o dell'uso problematico della sostanza ed il conseguente bisogno di cura attraverso un processo indiretto, agendo cioè sulla consapevolezza e sulla comprensione di sé, delle proprie esperienze di vita e delle relazioni, inducendo il paziente a riflettere su se stesso e sulle proprie fragilità.

Secondo il modello cognitivo-comportamentale, esiste uno stretto legame tra i pensieri, le emozioni e il comportamento della persona; agendo su uno di questi aspetti si modificano anche gli altri.

L'approccio di gruppo secondo un modello psicoeducativo strutturato in moduli di lavoro predeterminati e sequenziali presenta alcuni vantaggi.

L'apprendimento collaborativo sovrapponibile al "cooperative learning" consente di ottenere che i pazienti lavorino più a lungo sul compito senza stancarsi, ottenendo così in breve tempo risultati migliori per l'aumento della motivazione.

Fin dai primi incontri emerge un'implicita consapevolezza dell'importanza di aiutare un altro con maggiori difficoltà e questo aumenta il senso di autoefficacia oltre che contribuire a creare un ambiente facilitante (interdipendenza positiva).

Viene favorito inoltre un apprendimento "learner-centered" attraverso metodi psicoeducativi sovrapponibili a quelli in uso nel sistema scolastico: uno dei principi fondamentali è sollecitare la compilazione della scheda di esercitazione e chiedere il feedback agli altri partecipanti; il feedback costruttivo aiuta il pensiero critico e ogni partecipante è chiamato ad effettuarlo.

Infine, l'approccio psicoeducativo non può prescindere dall'importanza che l'insegnamento reciproco "cooperative learning" ha nel trasmettere un messaggio tra pari.

Approccio di gruppo

La metodologia d'intervento messa in atto prevede gruppi chiusi di 8 persone, della durata di 90 minuti; per ogni incontro è stata prevista un'unità di lavoro a tema sui seguenti obiettivi:

- comprensione delle emozioni (proprie e sul volto altrui);
- soluzione di problemi pratici;
- miglioramento della rete sociale;
- non saltare frettolosamente alle conclusioni;
- gestione della rabbia;
- comunicazione efficace.

L'intervento necessita di tre operatori: un conduttore che viene coadiuvato da un co-conduttore e di un osservatore.

Il conduttore svolge il ruolo del moderatore o facilitatore: si sforza di far parlare chi tende a non farlo, invita a tacere chi parla troppo e controlla il clima emotivo.

È impegnato a seguire il modello e le unità tematiche previste. Il co-conduttore affianca il conduttore in modo attivo e complementare, scrivendo sulla lavagna i passaggi più importanti da evidenziare.

È suo compito intervenire per integrare o per fornire al conduttore un feedback immediato, trovandosi in una posizione decentrata durante tutta la discussione.

L'osservatore invece non interviene e dà un feedback costruttivo nella riunione tra soli operatori al termine di ciascun incontro.

Gli incontri tematici mirati al riconoscimento delle emozioni vergogna, rabbia e tristezza, si basano sullo schema **ABC** (emozioni, cognizione, comportamento: cosa provo-cosa penso-soluzioni-piano d'azione) con lo scopo di portare i pazienti ad avere una maggior consapevolezza di sé e nel contempo offrire strumenti utili per un'adeguata gestione delle emozioni.

L'ABC è una tecnica di formalizzazione sia dell'accertamento cognitivo che del lavoro terapeutico cognitivo (14-15).

Il termine ABC è uno schema ideato da Albert Ellis e si tratta di un sistema molto usato nella psicoterapia cognitivo comportamentale che permette al paziente di individuare le idee irrazionali da cui deriva la sofferenza.

Lo schema da lui proposto si chiama ABC ed è così suddiviso:

- A (*Adversities e Activating Experiences*, avversità ed esperienze attivanti): tutto ciò che interagisce (negativamente o meno) con il raggiungimento dei nostri obiettivi.
- B (*Beliefs*, credenze o critical beliefs): le idee che le persone sviluppano rispetto alla situazione che si è.
- C (*Consequences*, conseguenze): sono le conseguenze dei B.

La metodologia si basa sul riconoscimento delle emozioni, attraverso la presentazione di foto che la rappresentano mentre si discute (scheda emozioni allegato 1) e attraverso esercitazioni volte a individuare l'emozione in questione, i segni, le situazioni, le sensazioni, i pensieri collegati ad essa ed infine i comportamenti conseguenti distinguendoli tra funzionali e disfunzionali (l'abilitazione cognitivo-emozionale).

Nel nostro metodo ci si propone di applicare i seguenti passaggi: PROBLEMA-COSA PROVO-COSA PENSO-SOLUZIONI (PENSIERI ALTERNATIVI)-SOLUZIONE SCELTA (PENSIERO ALTERNATIVO) PIANO D'AZIONE-COME MI SENTO (COSA PROVO).

Si invitano i partecipanti ad individuare un problema personale e ad analizzarlo secondo lo schema dell'analisi del problema e lo si condivide nel gruppo attraverso un approccio distaccato: il clima di partecipazione, le tante soluzioni espresse, l'aver constatato che molte persone sono disponibili nel trovare soluzioni e nell'offrire un aiuto concreto, determina nell'immediato un diverso stato d'animo e incoraggia i presenti ad iniziare a lavorare sui problemi personali con il problem solving ed il role palying. L'insegnamento del problem solving nel definire e gestire problemi pratici, interpersonali e personali incrementa le abilità di comunicazione e di ascolto oltre a migliorare le capacità di riconoscimento e gestione delle emozioni.

Materiali e metodi

È stato utilizzato un disegno di studio con una valutazione prepost, senza gruppo di controllo, su soggetti affetti da Disturbo da uso di sostanze (DUS) sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria.

Sono stati condotti due gruppi uno a gennaio 2022 e uno ad aprile 2022, entrambi composti da 8 partecipanti per 8 riunioni di 90 minuti a frequenza settimanale.

Al termine di ogni incontro è stato consegnato un questionario volto a conoscere l'acquisizione delle conoscenze sui temi trattati durante il Training, da compilare a casa e riconsegnare all'incontro successivo.

Dopo ogni incontro è stato inoltre somministrato ai partecipanti il questionario di gradimento "utilità e piacevolezza" per ogni singolo incontro con un punteggio compreso tra 3 (per niente) e 8 (moltissimo) di entrambe; è stata inoltre somministrata la Scala Analogica Visiva (VAS) per la misurazione del craving che ha un punteggio compreso tra 0 (nessun desiderio) e 10 (desiderio continuo) sia per intensità che per frequenza del desiderio di assumere la sostanza.

Tutti i pazienti erano sottoposti alla misura penale dell'affidamento terapeutico e presentavano prima dell'adesione al gruppo un'incostante frequenza al Servizio: non effettuavano regolarmente il monitoraggio tossicologico previsto dalla disposizione giudiziaria: erano stati effettuati nei tre mesi precedenti 101 controlli delle urine su 240 programmati (42%); non si presentavano ai colloqui con gli operatori 8 su 20 programmati con il Medico (40%) 12 su 50 programmati con Assistente Sociale (24%) e non effettuavano il colloquio del percorso psicologico previsto.

L'accesso al servizio era motivato e limitato esclusivamente alla somministrazione della terapia sostitutiva e/o sintomatica.

Attualmente inoltre non esiste un consenso sul modo più appropriato di misurare l'insight nei pazienti affetti da DUS (9-11-12) e pertanto su tale premessa si è pensato di valutare il miglioramento dell'insight proprio attraverso il miglioramento dell'aderenza al trattamento.

Come esito primario del miglioramento dell'insight cognitivo sono state prese in considerazione:

- a) l'aderenza al monitoraggio tossicologico, (raccolta urine due volte alla settimana);
- b) la partecipazione costante e attiva al gruppo;
- c) la compilazione delle schede di training a casa.

Come esito secondario del miglioramento dell'insight è stata considerata la richiesta da parte dell'utente d'intraprendere un intervento individuale alla conclusione degli 8 incontri di gruppo.

Risultati

I gruppi sono stati proposti a 16 pazienti: 15 maschi e una femmina, tutti affetti da DUS e con vincolo giudiziario, di essi 4 pazienti maschi non si sono mai presentati ad alcun incontro degli 8 previsti e sono pertanto stati esclusi dalle valutazioni successive.

Dei 12 soggetti inclusi nei due gruppi l'età media è di 44,58 anni (DS +12,06) con livello di istruzione di 9,25 (DS +2,90) anni e un'età di esordio del DUS di 20,75+5,82 anni; risultano in carico al Ser.T. da 6,04 (DS +3,92) anni.

7 su 12 pazienti (58%) erano disoccupati e 8 su 12 (67%) non avevano una relazione affettiva stabile (single).

Dal punto di vista del DUS 4 persone (33%) usavano stimolanti; 6 (50%) oppioidi, uno THC e uno alcool; due presentavano una comorbilità psichiatrica in trattamento (1 disturbo bipolare, 1 disturbo d'ansia).

Sette dei 12 (58%) pazienti hanno partecipato a tutti gli otto incontri e vengono definiti *completeers*: 3 erano parte del primo gruppo e quattro del secondo gruppo.

I 5 pazienti drop-out sono composti da un paziente che dopo il primo incontro è stato carcerato per cui non ha potuto prose-

guire gli incontri (DUS alcool-dipendenza) e altri 4 pazienti che hanno lasciato il gruppo dopo i primi due incontri (DUS uso di stimolanti).

Dei tre pazienti *compleeters* del primo gruppo, 2 presentavano DUS da uso di stimolanti, e uno DUS da uso da cannabinoidi.

Nel secondo gruppo tutti e 4 i pazienti *compleeters* presentavano DUS da oppioidi in terapia sostitutiva con metadone.

Tutti e 7 i pazienti *compleeters* hanno compilato le schede di esercitazione a casa per ogni sessione che sono state condivise sia nel gruppo successivo che con il terapeuta individuale.

Non si sono evidenziate differenze significative tra il gruppo dei *compleeters* e i drop out per età, età d'insorgenza del DUS, anni di trattamento al Ser.T. e tipologia di DUS.

Tutti e 7 i pazienti *compleeters* hanno compilato le schede di training a casa e aderito al monitoraggio tossicologico con esiti negativi per la ricerca di sostanze.

I *compleeters* hanno pertanto mostrato aderenza, partecipazione all'attività sia nel gruppo che a casa attraverso la compilazione delle schede.

Il loro impegno corrisponde ad un possibile incremento dell'insight cognitivo misurato proprio attraverso l'aderenza al trattamento:

a) aderenza al monitoraggio tossicologico (raccolta urine due volte alla settimana);

b) partecipazione costante e attiva al gruppo;

c) compilazione delle schede di training a casa.

Si aggiunga che al termine degli otto incontri di gruppo i *compleeters* hanno espresso la loro consapevolezza del DUS e la motivazione al cambiamento attraverso la richiesta di ulteriori interventi psicoterapeutici o educativi: sono state ricevute 6 richieste per effettuare un intervento di psicoterapia individuale e 2 per un intervento di tipo educativo, poiché un paziente ha richiesto entrambi gli interventi.

La valutazione dei risultati dell'intervento mette in evidenza un impatto positivo per i diversi indicatori di esito presi in considerazione nei pazienti *compleeters*.

Attraverso il modulo di monitoraggio "utilità e piacevolezza" di ogni singolo incontro, si sono registrati valori molto positivi, con la media di 6,7 e 6,8 (7 = molto) per entrambi, laddove il punteggio era compreso tra 3 (per niente) e 8 (moltissimo).

Dal grafico "Gradimento argomenti trattati" (allegato 2) risultano inoltre aver avuto maggior successo gli argomenti che trattavano la comunicazione.

Il craving ha mostrato un andamento mediamente stabile sia per intensità che per frequenza come rappresentato dal grafico "Andamento dell'intensità del craving dei *compleeters* scala VAS" (allegato 3).

Discussione e conclusioni

Il presente lavoro è nato dall'esigenza di aumentare la scarsa aderenza dei pazienti con DUS ai percorsi terapeutici anche quando sono vincolati da un provvedimento dell'autorità giudiziaria.

Piuttosto che sollecitare i pazienti con altri tipi di controlli abbiamo pensato di adattare un intervento sull'insight da realizzarsi in gruppo e che non affrontasse direttamente la loro problematica DUS.

I pazienti che hanno superato i primi due incontri sono riusciti a completare tutto il ciclo di 8, hanno partecipato attivamente sia in gruppo che completando le schede a casa e hanno tutti richiesto al termine del percorso un intervento di psicoterapia individuale o educativo.

Si è osservato che questo approccio indiretto alla problematica dell'abuso ha coinvolto ed incuriosito i pazienti che perciò hanno partecipato attivamente al percorso.

Le valutazioni sull'utilità e la piacevolezza del singolo incontro da parte dei pazienti sono state positive.

Abbiamo osservato che l'uso delle schede di esercitazione a casa basate su un approccio cognitivo comportamentale e del problem solving è stato ben accettato e rispettato, facilitando così il processo di consapevolezza.

Le schede compilate durante il gruppo hanno permesso di mettere in luce le situazioni, i comportamenti e/o i pensieri disfunzionali che sono stati materiale per i successivi interventi mirati individuali di ciascun partecipante.

Durante il percorso si è assistito anche ad un miglioramento del craving (valutato tramite scala VAS) e ad un mantenimento dell'astensione dal consumo della sostanza.

I risultati di follow-up confermano che aumentando la capacità di riflettere sulle proprie emozioni, pensieri ed esperienze si ottiene una maggior consapevolezza del bisogno di cura e una miglior aderenza al trattamento anche in pazienti di difficile aggancio nonostante la lunga storia di malattia (età media 44 anni esordio malattia a 20 anni da oltre 6 anni in carico al Ser.T.).

A distanza di tre mesi dal termine del secondo gruppo si evidenzia che i pazienti *compleeters* hanno mantenuto una costante frequenza al servizio, un incremento degli interventi di cura con conferma dei benefici di legge ottenuti.

Quanto osservato è in linea con la tendenza della recente letteratura che definisce l'insight come la capacità di riflettere sui propri pensieri ed esperienze, confermando l'utilità di questo tipo di intervento nell'ambito delle DUS.

I pazienti hanno gradito il lavoro sulle emozioni nonostante il basso livello educativo (9 anni di istruzione), in prevalenza disoccupati e senza riferimenti affettivi stabili.

Probabilmente per questi soggetti è stato l'unico ambito in cui confrontarsi su temi di questo tipo e diviene un'occasione importante per stimolarli ad incrementare la consapevolezza della problematica legata al DUS e favorire l'aderenza al percorso di cura. Rilevante il confronto tra pari su questi argomenti che aiuta il paziente a condividere il proprio vissuto senza temere di essere giudicato o escluso.

Un elemento di interesse clinico da evidenziare è che questa categoria di pazienti complessi spesso mal sopportati e vissuti dagli operatori come soggetti che strumentalizzano, hanno finalmente trovato occasione di essere visti come pazienti e di essere parte attiva del proprio processo di cura.

L'utilizzo di questa metodologia di lavoro all'ingresso del paziente in Servizio potrebbe facilitare i processi di motivazione alla cura da parte del paziente e permettere all'équipe curante una più rapida definizione delle aree di intervento.

Il nostro servizio intende proseguire questa modalità di intervento, che ha dimostrato di ottenere in tempi rapidi miglioramenti significativi dell'insight diretto e indiretto misurato attraverso all'aderenza al percorso e alla richiesta di ulteriori interventi di cura che questo tipo di pazienti solitamente sottovaluta ed evita.

I pazienti si erano tutti rivolti al servizio poiché obbligati da un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria e non spontaneamente per aver riconosciuto di avere un DUS.

Ci si propone di utilizzare la metodologia del lavoro di gruppo anche in altre tipologie di utenza non vincolate da provvedimenti giudiziari per verificare l'ipotesi dell'incremento dell'insight diretto e indiretto attraverso l'intervento psicoeducazionale strutturato.

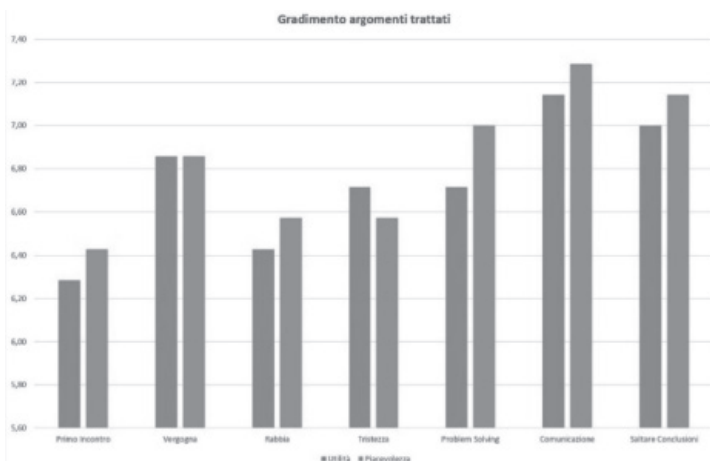
Riferimenti bibliografici

- (1) Raftery D., Kelly P.J., Deane F.P. Baker A.L. Ingram I. *et al.* (2020). Insight in substance use disorder: A systematic review of the literature. *Addictive Behaviors*, 111, 106549.
- (2) Pettigrew S., Jongenelis M.I., Pratt I.S., Slevin T., Chikritzhs T. (2017). Drinkers' identification with varying alcohol consumption prototypes. *Drug and Alcohol Review*, 36(4): 464-467.
- (3) Amador X.F., Seckinger R.A. (1997). The assessment of insight: A methodological review. *Psychiatric Annals*, 27(12): 798-805.
- (4) Beck A.T., Baruch E., Balter J.M., Steer R.A., Warman D.M. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2-3): 319-329.
- (5) Goldstein R.Z., Craig A.D., Bechara A., Garavan H., Childress A.R., Paulus M.P., Volkow N.D. (2009). The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. *Trends In Cognitive Sciences*, 13(9): 372-380.
- (6) Goldstein R.Z., Volkow N.D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159(10): 1642-1652.
- (7) Lysaker P.H., Bell M.D., Bryson G., Kaplan E. (1998). Neurocognitive function and insight in schizophrenia: Support for an association with impairments in executive function but not with impairments in global function. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(4): 297-301.
- (8) Rinn W., Desai N., Rosenblatt H., Gastfriend D.R. (2002). Addiction denial and cognitive dysfunction: A preliminary investigation. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 14(1): 52-57.
- (9) Digiusto E., Treloar C. (2007). Equity of access to treatment, and barriers to treatment for illicit drug use in Australia. *Addiction*, 102(6): 958-969.
- (10) Nwakeze P.C., Magura S., Rosenblum A. (2002). Drug problem recognition, desire for help, and treatment readiness in a soup kitchen population. *Substance Use & Misuse*, 37(3): 291-312.
- (11) Kenny P., Harney A., Lee N.K., Pennay A. (2011). Treatment utilization and barriers to treatment: Results of a survey of dependent methamphetamine users. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(3).
- (12) Pennay A.E., Lee N.K. (2009). Barriers to methamphetamine withdrawal treatment in Australia: Findings from a survey of AOD service providers. *Drug and Alcohol Review*, 28(6): 636-640.
- (13) Veltro F., Vendeittelli N., Pontarelli I., Pica A., Nicchiniello I. (2017). *L'intervento psicoeducativo di Gruppo per il Raggiungimento di Obiettivi (INTE.G.R.O.)*.
- (14) Ellis A. (1962). *Reason and Emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel.
- (15) Neenan M., Dryden W. (2006). *Rational Emotive Behaviour Therapy in a Nutshell*. Sage Publications.

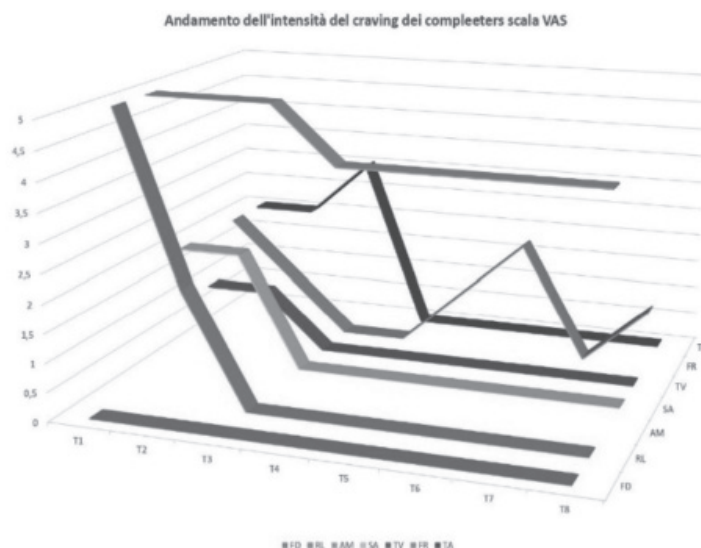
Allegato 1



Allegato 2



Allegato 3



📄 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

PDTA per la diagnosi e il trattamento in Regione Lombardia dell'infezione da HCV nelle carceri e nei Ser.D.

Marco Riglietta*, Alberto Chiesa[^], Giorgia Cocca^o, Roberto Ranieri[§], Valeria Zilio^{^^}
e Gruppo di Lavoro Coordinamento UO Dipendenze Regione Lombardia**

SUMMARY

■ *The article presents the final document of a working group made up of all the directors/managers of the Addictive Behaviour Centres (SerD) of the Lombardy Region coordinated by the authors.*

The final product declines the Diagnostic and Therapeutic Path (PDTA) for people using drugs and alcohol referred to the addictive behaviour centres and for the prison population.

Four main elements were considered when designing the PDTA:

- 1. The ideal path represented by the Point of Care Model which allows diagnosis and treatment in places of access for patients, favouring both an easy screening of the hidden population and the early treatment of HCV infection.*
- 2. The variable epidemiological context in relation to the area in which a service operates (metropolitan area, big cities, mountain areas, etc.).*
- 3. The prevalence of the population that refers to the individual services (intravenous or other routes users, people with high risk alcohol consumption, etc.).*
- 4. The organizational contexts by evaluating the most important critical element linked to the lack of personnel of the SerD and the Penitentiary Health.*

For this reason, the PDTA provides a basic and an advanced path and are applicable in any organizational context. ■

Keywords: *HCV infection, PWUD, Ser.D., Prison, HCV screening, HCV treatment.*

Parole chiave: *Infezione da HCV, PWUD, Ser.D., Carcere, Screening HCV, Trattamento della Epatite C.*

Articolo sottomesso: 14/02/2023, accettato: 15/03/2023, pubblicato online: 09/06/2023

* *Direttore SC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo, Coordinatore UO Dipendenze Regione Lombardia.*

[^] *Medico, Ser.D. Vizzolo Predabissi, ASST Melegnano e Martesana.*

^o *Specialista Malattie Infettive Corsista MMG-ATS Milano.*

[§] *USD Sanità Penitenziaria ASST Santi Paolo e Carlo Milano, UO Sanità Penitenziaria Regione Lombardia.*

** *Gruppo di lavoro Coordinamento UO Dipendenze: Agostoni Costanza, Baisini Ornella, Bergamini Annalisa, Bielli Giovanna, Bramani Araldi Maurizio, Campana Maurizio, Catania Gianmatteo, Cielo Antonia, Degli Esposti Anna, Elba Enrico, Falconi Umberto, Fortuna Paolo, Guerrini Fabio, Lanza Assunta, Negri Attilio, Olandese Raffaella, Pennisi Giuseppe, Perboni Giorgio, Prete Antonio, Tinghino Biagio, Tosetto Claudio, Varango Concettina, Zita Gianmaria.*

^{^^} *Project Leader di MEDI K srl.*

Si ringrazia per il supporto organizzativo l'agenzia Medi K, e l'azienda Gilead per il supporto incondizionato.

Introduzione

La recente introduzione dei regimi terapeutici IFN free basati su agenti antivirali ad azione diretta (DAA) pangenotipici e assunti oralmente, ha drasticamente migliorato e facilitato la cura dell'infezione HCV, riducendo la durata della terapia a regimi di 8-12 settimane, efficaci in una percentuale superiore al 95% dei casi e producendo un miglioramento della qualità della vita con scarsissimi effetti collaterali.

Dal 2015, si è assistito ad un significativo incremento dei trattamenti cumulativi; sussistono tuttavia disparità legate alla gravità della patologia (i cirrotici hanno più possibilità di trattamento) e all'accesso alla cura per alcune popolazioni fra cui i consumatori di sostanze e la popolazione con misure restrittive della libertà personale (Figura 1).

D'altra parte queste due popolazioni hanno, da un punto di vista della possibilità di accesso alla cura, alcuni vantaggi:

1. Sono presi in carico dal SSN/SSR per periodi di tempo medio/lunghi.
2. I servizi di riferimento (Ser.D. e Sanità Penitenziaria) fanno riferimento ad una Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST).
3. L'approccio diagnostico e terapeutico è generalmente multidisciplinare e la presa in carico ha un'impostazione olistica.
4. Sono sede di riferimento/permanenza per il paziente.
5. È possibile la costruzione di percorsi facilitanti con i servizi specialistici di gastroenterologia, epatologia e malattie infettive facenti parte tutti alla stessa ASST.

La semplificazione estrema della terapia, la disponibilità di strumenti diagnostici rapidi, permette di tendere alla costituzione di un POCT (Point of Care Testing) effettuato in loco favorendo ulteriormente l'aggancio con il paziente e con la possibilità di fornire il percorso completo:

1. il counselling pre diagnostico;
2. test di screening attraverso l'esecuzione dei test rapidi o il prelievo venoso;
3. counselling post test;
4. prescrizione e dispensazione della terapia;
5. monitoraggio clinico, inviando poi i casi più complessi (fibrosi F3, cirrosi) ai riferimenti specialistici delle Unità Operative di malattie Infettive e/o Gastroenterologia e/o medicina interna dell'ASST di riferimento.

Percorso fast track per la diagnosi, il trattamento ed il monitoraggio clinico dell'infezione da HCV nelle carceri e nei Ser.D.

Allo scopo di implementare le attività di microeliminazione dell'infezione da HCV (19) nelle popolazioni che presentano un'alta prevalenza (consumatori di sostanze, migranti, detenuti), il recente Decreto Milleproroghe (28/02/2020), la relativa Conferenza Stato Regioni del (17/12/2020) e la Delibera attuativa di Regione Lombardia del 29/12/2021, identificano percorsi "fast track" con l'utilizzo di test rapidi; queste strategie sono state avvalorate dalle recenti "Linee di Indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per l'infezione da Virus Dell'epatite C" dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il 14 marzo 2022 l'Unità Operativa Farmaceutica e Dispositivi Medici, in accordo con la UO "Rete Territoriale - Salute mentale, Dipendenze" della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, con atto formale, autorizzava alla prescrizione (ed erogazione) su Registro AIFA dei farmaci DAAs i medici dei Ser.D.

D'altra parte è noto come le linee di indirizzo migliori, nella loro implementazione, incontrino spesso difficoltà organizzative in genere legate alla disponibilità di risorse umane per l'implementazione delle attività.

Il percorso che si delinea nel documento è costruito con step progressivi in termini clinici ed organizzativi.

Da un punto di vista clinico si è voluto pensare alle diverse tipologie di pazienti la cui aderenza al programma di screening e terapia potrebbe essere non ideale.

Da un punto di vista organizzativo i differenti livelli permettono di adeguare il PDTA alle realtà locali, urbane, metropolitane e periferiche, che sono caratterizzate da differenti disponibilità di risorse umane, variabili organizzazioni aziendali, percorsi di "fast track" e "linkage to care" differenzialmente strutturati.

1. Azioni preliminari

L'attività diagnostico-terapeutica dovrà essere preceduta dalle seguenti fasi:

- a) *azioni di sensibilizzazione ed informazione* di tutti i professionisti che operano all'interno della struttura (equipe multidisciplinare Ser.D., équipe multi-specialistica della sanità penitenziaria, operatori della polizia penitenziaria, area educativa del Ministero della Giustizia);
- b) *interventi informativo/educativo* rivolti ai pazienti del servizio e counselling pre-screening;
- c) *individuazione degli utenti* cui verrà proposto il test;
- d) *programmazione delle attività previste* (preparazione cronoprogramma, valutazione delle possibilità organizzative locali e del linkage con le altre UO dell'ASST di riferimento coinvolte: gastroenterologia, malattie infettive, Medicina Interna, Laboratorio Analisi, Radiologia, Farmacia).

2. Percorso diagnostico

Il percorso diagnostico completo dovrà essere il più rapido possibile e condotto nella sede di accesso del paziente.

Sono previsti i seguenti passaggi che possono essere modulati a seconda della tipologia di popolazione, del contesto di riferimento e dell'aderenza alla proposta da parte del paziente:

- a) test rapido salivare/capillare per ricerca di anticorpi anti HCV;
- b) test rapido "Finger test" per ricerca HCV-RNA;
- c) prelievo venoso per la conferma dell'infezione e genotipizzazione (non obbligatoria ma altamente consigliata per la valutazione di un'eventuale reinfezione).
- d) ecografia addome (non obbligatoria per l'avvio della terapia ma altamente consigliata per la valutazione dell'epatopatia);
- e) fibroscan (non obbligatoria per l'avvio della terapia ma utile per la valutazione dell'epatopatia).
- f) EGDS (se diagnosi di cirrosi epatica).

N.B. Il prelievo ematico di conferma del test rapido (2 livello) dovrà, se possibile, essere programmato in sede previa organizzazione con il Laboratorio analisi dell'ASST di riferimento.

Gli esami strumentali es ecografia, fibroscan, EGDS che dovranno essere programmati con l'ASST di riferimento, identificando con le Unità Operative di Gastroenterologia/Epatologia, Malattie Infettive degli appositi slots che facilitino l'accesso dei pazienti.

Questo percorso ideale viene declinato nei punti successivi in relazione al livello di organizzazione del servizio ed al suo linkage con gli altri servizi territoriali ed ospedalieri esterni.

3. Algoritmo diagnostico-terapeutico e follow up post trattamento (Figura 2)

Percorso di base o I livello (tutti i Servizi):

- a) *Esecuzione dei test rapidi* (capillari/salivari) per ricerca di anticorpi anti HCV e HCV RNA.
- b) *Nei pazienti HCV negativi* counselling post test con raccomandazione ripetizione del test dopo 12 mesi.
- c) *Nei pazienti HCV positivi* va svolto un counselling post test con comunicazione della diagnosi e la programmazione del prelievo di conferma se HCV positivo.

NOTA BENE - Il counselling post test nei consumatori di sostanze deve prevedere informazioni specifiche sulle misure di riduzione del danno e limitazione dei rischi specifici correlati alla tipologia di comportamento e di assunzione delle sostanze.

- d) *Il prelievo di conferma* (II livello) deve comprendere i seguenti esami ematochimici:

- I. Genotipo HCV e HCV RNA con test PCR che fornisca anche la quantificazione della carica virale; in particolari situazioni, ove la determinazione del genotipo potreb-

- be ridurre il linkage to care ed il tasso di trattamento dell'infezione, la determinazione del genotipo può essere ritenuta non obbligatoria;
- II. HBsAg, HBcAb (per identificare i soggetti per cui è raccomandato il monitoraggio delle aminotrasferasi durante la terapia);
 - III. HBsAb (per identificare i soggetti da sottoporre a vaccinazione anti-epatite B);
 - IV. anti-HDV se HBsAg positivo;
 - V. anti-HIV ed anti-HAV IgG totali nei soggetti con rischio di acquisizione dell'epatite A a cui è consigliata la vaccinazione;
 - VI. glicemia, creatinina sierica emocromo, AST/ALT, GGT, fosfatasi alcalina, bilirubina totale/diretta, INR, protidogramma elettroforetico.
- e) *Invio ai centri specialistici* di malattie infettive/gastroenterologia per la terapia: vanno costruiti percorsi facilitanti per ridurre la possibilità di perdita del paziente dopo la fase diagnostica.
- f) *Follow up post trattamento* (vedi punto J secondo livello).

Percorso avanzato o di II livello (come I livello dal punto a al punto d)

- a) *Calcolo score non invasivi di fibrosi epatica:*
- a) APRI (www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/apri).
 - b) FIB 4 (www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/fib-4).

Il criterio 12 AIFA (Epatite cronica o cirrosi epatica in pazienti che non possono accedere alla biopsia epatica e/o al fibroscan per motivi socio-assistenziali), esime dall'eseguire ecografia epatica e fibroscan e genotipizzazione e permette di prescrivere direttamente il trattamento.

Nel caso di punteggi APRI > 1.5, FIB 4 > 3.5, conta piastrinica <100.000 mmc è obbligatoria l'esecuzione di ecografia addominale ed eventualmente EGDS nel dubbio di cirrosi ed è consigliato l'invio ai centri specialistici (malattie infettive/gastroenterologie) per il trattamento.

- b) *Scelta del trattamento:* va condotta un'accurata anamnesi mirata a valutare presenza di comorbidità, consumo di alcol e sostanze ed assunzione di farmaci, integratori, fitoterapici, farmaci assunti a scopo ricreativo e particolari bevande note per interagire con la farmacocinetica dei farmaci anti-epatite (ad esempio succo di pompelmo).

La valutazione delle potenziali interazioni farmacologiche fra DAAs e farmaci di uso comune è di particolare rilevanza e può essere effettuata consultando la pagina web dell'Università di Liverpool (www.hep-druginteractions.org).

- c) *Prescrizione del trattamento* a cura dei medici autorizzati: si ricorda che secondo nota regionale del servizio farmaceutico e dispositivi medici del 14/03/2022, i medici Ser.D. sono autorizzati.

L'autorizzazione formale va richiesta dalla direzione sanitaria delle ASST ed è nominativa.

- d) *Dispensazione del trattamento* per i pazienti con concomitante terapia agonista si potrà cogliere l'opportunità di dispensare i farmaci congiuntamente ed effettuare il monitoraggio clinico in occasione dell'accesso per le terapie.

- e) *Visita fine trattamento e prescrizione esami ematochimici* (HCV-RNA dopo 12 settimane dal termine del trattamento, glicemia, creatinina sierica emocromo, AST/ALT, GGT, fosfatasi alcalina, bilirubina totale/diretta, INR, protidogramma elettroforetico.

- f) *Follow up post trattamento:*
- a) non cirrotici (nel servizio di riferimento) con visita di controllo ed HCV-RNA annuale;
 - b) se cirrosi, invio agli ambulatori specialistici (gastroenterologia/malattie infettive/medicina interna).

Figura 1

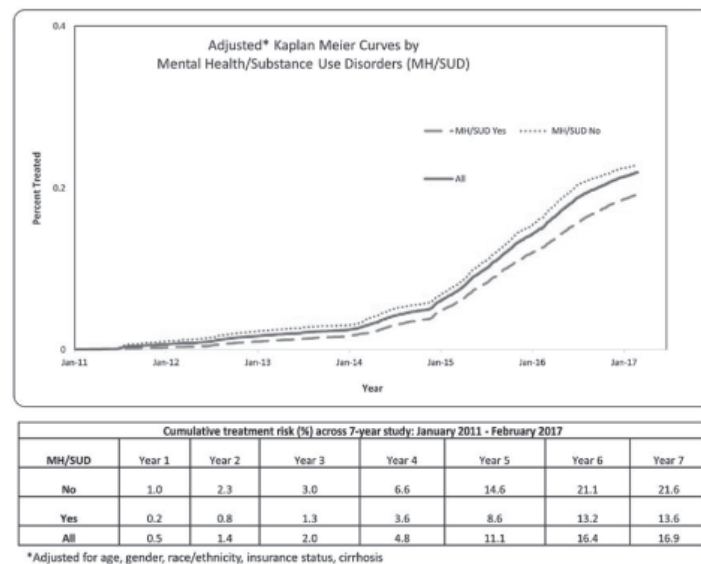
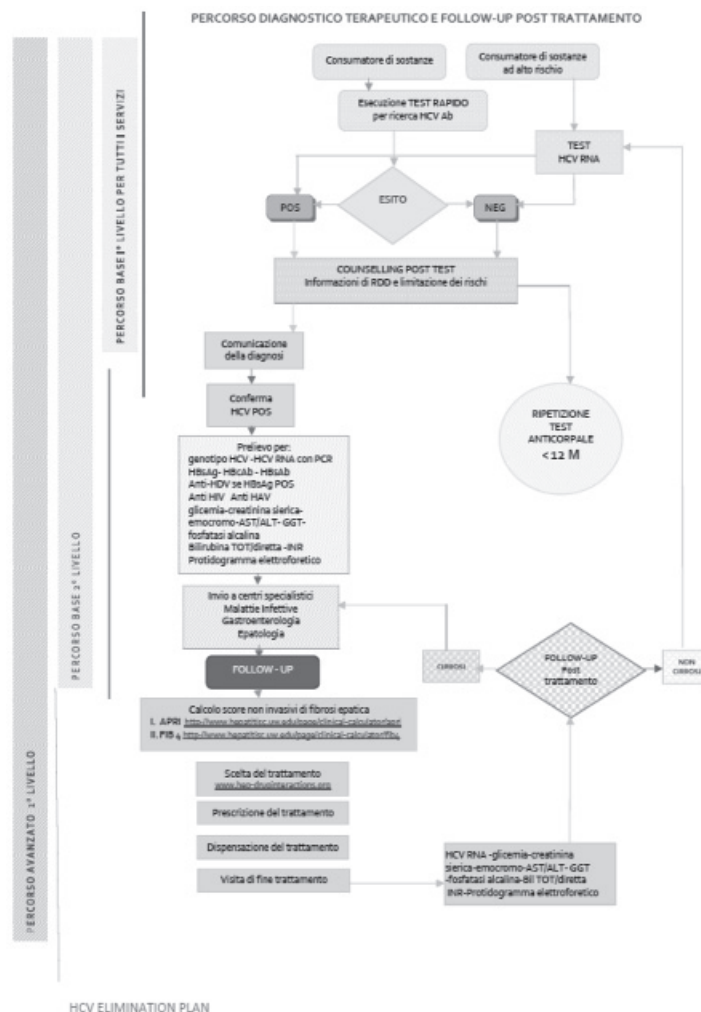


Figura 2



Riferimenti bibliografici

- (1) 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.
- (2) 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.
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) 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.
- (6) Gardini I., Bartoli M., Conforti M., Mennini F.S., Marcellusi A. (2019). Estimation of the number of HCVpositive patients in Italy. *PLoS One*, Oct 31, 14(10): e0223668. DOI: 10.1371/journal.pone.0223668.
- (7) Kondili L.A., Andreoni M., Alberti A., Lobello S., Babudieri S., Roscini A.S., Merolla R., Marrocco W., Craxi 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.
- (8) WHO (2018). *Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection*. July.
- (9) Fiore V., De Matteis G., Ranieri R., Saderi 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.

NOTIZIE IN BREVE

In ricordo di Franco Rotelli

Il 16 marzo è morto a Trieste Franco Rotelli, uno dei principali protagonisti della riforma psichiatrica in Italia e del servizio sanitario pubblico.

Collaboratore di Franco Basaglia, dal 1979 al 1995 è divenuto Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, quindi Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Territoriale triestina e di quella di Caserta.

Ha presieduto la Commissione Sanità durante la Presidenza della Regione Friuli Venezia Giulia di Debora Serracchiani.

È stato consulente dell'OMS per lo sviluppo della riforma psichiatrica in Argentina, Brasile e Repubblica Dominicana.

Un lavoro instancabile, per dare concretezza alle più importanti leggi di riforma italiane, come quella psichiatrica, ma anche quelle del servizio sanitario nazionale e dell'integrazione sociosanitaria.

Da qui la realizzazione dei Centri di salute mentale aperti 24 ore, del Dipartimento delle dipendenze, di numerosissimi progetti di sviluppo col terzo settore, ma anche la costruzione dei Distretti Sanitari come pilastri della sanità territoriale, la sperimentazione delle microaree, per fare salute di comunità, di prossimità, anticipando ciò che è stato previsto oggi dal PNRR.

Ci ha ripetuto che, per prendersi cura di una persona, occorre garantire i suoi diritti, la sua libertà, la sua possibilità di realizzazione, contro ogni disuguaglianza e discriminazione.

A questo proposito, lo ricordiamo in un bel congresso di FeDerSerD alla Reggia di Caserta in qualità di Direttore generale della ASL, dove provocò l'attenzione di tutti i presenti definendo la dipendenza come una "patologia della libertà".

Rotelli è stato definito un "visionario concreto", per la sua capacità di innovazione e trasformazione della realtà dei servizi pubblici, ma anche delle culture e delle pratiche professionali, delle relazioni istituzionali, della definizione delle alleanze, della gestione delle risorse, della comunità.

La sua idea guida è stata quella dell'impresa sociale e della città che cura.

Il parco dell'ex ospedale psichiatrico a Trieste, luogo di repressione e dolore, grazie alla sua dedizione e alla sua passione, è diventato un magnifico esempio di rigenerazione urbana, sede di servizi territoriali, tra cui il SerD, di facoltà universitarie, di laboratori creativi, di occasioni di ritrovo e di benessere e di un meraviglioso roseto.

(R.B.)



FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

CONVEGNO REGIONALE
FEDERSERD | PIEMONTE

VULNERABILITÀ E VERTIGINI ALLA RICERCA DELL'EQUILIBRIO Le nuove generazioni di fronte a comportamenti e sostanze

venerdì
16 giugno
2023

Sala Convegni HOTEL CONCORD
– TORINO –

Nuove dipendenze e nuovi consumatori rendono sempre più complesso il panorama delle dipendenze e richiedono l'attuazione di risposte e modelli di intervento di rete nei quali i SerD rappresentano un elemento fondamentale. Già a partire dalla fase acuta, il consumo di sostanze ed i comportamenti di addiction pongono il paziente in una condizione di rischio e di estrema vulnerabilità e rendono necessari interventi specialistici e mirati, finalizzati a cogliere prima possibile gli elementi di criticità a partire dalle manifestazioni cliniche, fino al linkage to care e alla gestione della fase di evoluzione cronica; da non trascurare inoltre altre aree problematiche (come ad esempio quelle di carattere legale e giudiziario) che talvolta accompagnano l'evolversi delle fasi cliniche della dipendenza.

Sia le collateralità psichiatriche indotte dalle sostanze d'abuso (ad es. schizofrenia e psicosi), sia le patologie infettivologiche correlate a modalità di consumo e a comportamenti a rischio (HIV, HCV), rappresentano ulteriori elementi che non possono coglierci impreparati e per i quali l'evoluzione attuale delle terapie farmacologiche garantisce sempre maggiori margini di efficacia.

Nel corso dell'evento formativo verranno pertanto focalizzati ed approfonditi alcuni degli aspetti peculiari del percorso clinico-diagnostico ed assistenziale di rete, con un riferimento peculiare alle "nuove generazioni", che oggi costituiscono un bacino di utenza estremamente problematico e sulle quali i servizi coinvolti, anche con il confronto di esperienze maturate all'interno di aree disciplinari diverse, sono chiamati a condividere un approccio ideale con risposte comuni e condivise.

Per info e aggiornamenti inquadra il QR Code



PROVIDER ECM RES
Provider Accreditato Standard n. 908

www.federserd.it
federserd@expopoint.it



FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

ore 9.15 Apertura del Convegno Regionale
Daniele Pini - Referente FeDerSerD Piemonte e Valle d'Aosta
Guido Faillace - Presidente Nazionale FeDerSerD
Liborio Martino Cammarata - Membro Direttivo Nazionale FeDerSerD
Gaetano Manna - Regione Piemonte

ore 9.40 - 1ª Sessione

DIPENDENZE: ACUZIE, THC E SVILUPPO, NUOVE PROBLEMATICHE

Moderano: **Pierluigi Dinnella, Gorizia Ariana Esposito**

Le emergenze psichiatriche correlate all'abuso di sostanze:
il ruolo dei trattamenti farmacologici - **Giuseppe Maina**

THC in adolescenza: età, vulnerabilità e alterazioni nelle traiettorie di
sviluppo - **Tiziana Rubino**

Oltre le sostanze: nuove dipendenze per nuovi consumatori
Luca Rossi

ore 11.45 - 2ª Sessione

IL LAVORO DI RETE COME "CARDINE" DELLA GESTIONE DELLE DIPENDENZE

Moderata: **Luigi Bartoletti**

Quando il consiglio non basta. La complessità socio sanitaria negli
adolescenti - **Sabrina Anzillotti**

L'abuso di sostanze nei minori autori di reato. Il difficile ruolo di tutela
e protezione del sistema giudiziario e penale - **Emma Avezzù**

Preadolescenti ed adolescenti: uno sguardo sulle nuove dipendenze
Gina Luciano

ore 14.30 - 3ª Sessione

OLTRE IL CONFINE DALLA SPERIMENTAZIONE AL RISCHIO

Moderata: **Paola Damiano**

La sorveglianza Health Behaviour in School Aged Children HBSC: un
focus sui dati relativi al consumo di alcol - **Lorena Charrier**

Il ruolo della nicotina come "gateway drug" nello sviluppo delle dipendenze
- **Giovanni Pistone**

Sostanze e comportamenti a rischio: il valore dello screening per HCV
- **Liborio Martino Cammarata**

ore 15.30 - 4ª Sessione

**DALLA TEORIA AL LAVORO SUL CAMPO:
MODELLI, BUONE PRASSI E CRITICITÀ**

Moderata: **Galdino Le Foche**

La vulnerabilità e la fragilità dei minori e giovani adulti nei consumatori
di sostanze: l'esperienza della psicologia dell'età evolutiva dell'ASLTO3
Alessandro Bonansea

ONDA 1: peculiarità ed evidenze di un servizio dedicato - **Nadia Gennari**

TAM TAM 14/21:

peculiarità ed evidenze di un servizio dedicato - **Bruna Priotto**

Web e social media, modelli di prevenzione peer to peer - **Andrea Gnemmi**

ore 17.00 Conclusioni - Take home messages - **Daniele Pini**

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi

Via Matteotti, 3
22066 Mariano C.se - Co

Tel. 031 748814
fax 031 751525

segreteriacongressi@expopoint.it
www.expopoint.it



Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno IX, n. 36

MISSION n. 60

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

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

Inviare richieste e contributi scientifici a:
missionredazione@gmail.com

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

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

Utilizzo del questionario CTQ per la classificazione dei pazienti con Disturbo da Uso di Alcol in base alla tipologia di craving: un’esperienza che evidenzia limiti e opportunità

Daniele Innocenti, Teo Vignoli^o*

Introduzione

Il disturbo da uso di alcol (DUA) è tra i più diffusi disturbi mentali in tutto il mondo (American Psychiatric Association, 2013), con 3 milioni di decessi all’anno causati dal consumo di alcol, rappresentando il 5,3% di tutti i decessi.

Il DUA è altamente invalidante e si associa a molte comorbidità fisiche e psichiche, quest’ultime in particolar modo hanno visto un’esacerbazione durante la recente pandemia di Covid-19 (Chiappini *et al.*, 2020; Martinotti *et al.*, 2020); nel complesso, oltre alle conseguenze per la salute, il DUA comporta problematiche relazionali e sociali, non solo per l’individuo ma anche per la comunità (Associazione psichiatrica americana, 2013).

Quando si parla di DUA non ci si può esimere dal parlare del craving concetto che negli ultimi 20 anni ha ricevuto un’attenzione significativa come sintomo chiave di tutte le dipendenze (Leggio, 2009) fino ad essere inserito nei criteri per la definizione di DUA nel DSM V.

È presente nel 54-72% dei pazienti con DUA (Westerberg, 2000; Yoon *et al.*, 2006), giocando un ruolo cruciale sia nello sviluppo della DUA (Robinson e Berridge, 1993) che nel meccanismo determinante la ricaduta (Bottlender e Soyka, 2004).

Il craving per l’alcol, definito come desiderio apparentemente incontrollabile di assumere bevande alcoliche, compare quando il paziente con DUA cerca di mantenere l’astensione ed è generato da una sproporzione tra la spinta impulsiva o compulsiva (a seconda degli stadi del DUA) ad assumere alcolici e lo sforzo cognitivo per controllarla, gestirla e ridefinirla (Bernard *et al.*, 2021).

Inoltre, il craving per alcol, soprattutto se presente all’inizio del trattamento, è associato a una ricaduta precoce (Bottlender e Soyka, 2004; Oslin *et al.*, 2009).

Il craving per l’alcol nei pazienti con DUA astinenti è esacerbato dall’esposizione alla sostanza e a triggers ad essa associati (O’Brien *et al.*, 1998).

Questi includono triggers interni come stati emotivi (es. ansia) o sintomi astinenziali e triggers esterni come l’esposizione ad ambienti o oggetti correlati all’alcol (ad es. bottiglie di bevande alcoliche o pubblicità).

La valutazione e quantificazione del craving sono spesso difficili a causa della sua natura soggettiva e inoltre l’intensità e le caratteristiche del desiderio possono variare secondo caratteristiche personali, ambientali e circostanze (Martinotti *et al.*, 2013).

Dal punto di vista qualitativo sono stati proposti diversi modelli interpretativi del craving, tra cui uno di quelli che ha avuto più successo e che risulta essere più completo è un modello “three-way” di craving, che include craving di tipo reward, craving di tipo relief e craving di tipo ossessive, ipotizzato già nel 1999 da Verhuel (Verheul *et al.*, 1999).

* *Dirigente Medico UO Dipendenze Patologiche Ravenna.*

^o *Direttore UOC Dipendenze Patologiche Rimini.*

La prima tipologia, il craving di tipo reward, si riferisce al desiderio degli effetti gratificanti, stimolanti e/o potenzianti dell'alcol.

Quelli che sperimentano il “bere gratificante” generalmente ottengono un rinforzo positivo, ovvero uno stimolo rinforzante positivo immediato a seguito di una performance, come lo sviluppo di una sensazione di benessere o euforia in seguito al consumo di alcol (reward).

La seconda tipologia, nota come craving di tipo relief, è il desiderio di bere per ridurre sintomi negativi quali lo stress, l'irritabilità, la disforia che compaiono al calare dell'effetto dell'alcol. Coloro che sperimentano il “bere per sollievo” generalmente ottengono un rinforzo negativo: la scelta di bere alcolici è rafforzata dal fatto di poter fermare, rimuovere o evitare un esito negativo o uno stimolo avversivo (bere di sollievo).

La terza tipologia, craving di tipo obsessive, include la mancanza di controllo sui pensieri invadenti sul bere che possono essere placati solo dall'assunzione di alcol ed è tipico di uno stile di personalità caratterizzato da bassa costrizione o disinibizione e di pazienti con DUA grave e persistente.

Raramente in un paziente con DUA c'è solo un tipo di craving, più spesso si sovrappongono e interagiscono con caratteristiche di personalità (Martinotti *et al.*, 2009) e sintomi psicopatologici clinici.

Una valutazione accurata del craving è importante per somministrare un trattamento specifico e personalizzato.

Tuttavia, manca ancora uno strumento affidabile che possa essere utilizzato a questo scopo a causa dell'assenza di un modello eziologico ben definito (Sayette *et al.*, 2000) e quindi esiste un'ampia gamma di scale che valutano il craving (Tiffany, 1997).

Dal punto di vista quantitativo lo strumento più semplice e più utilizzato per la misurazione del craving è una scala analogica visiva VAS (Mottola, 1993).

Dal punto di vista qualitativo invece sono disponibili numerosi questionari specifici: la Obsessive-Compulsive Drinking Scale (Anton, 2000), l'Alcohol Urge Questionnaire (Bohn *et al.*, 1995), l'alcol Craving Questionnaire (ACQ; Singleton *et al.*, 1994), il Desires for Alcohol Questionnaire (DAQ; Love *et al.*, 1998), l'Alcohol Craving Experience Questionnaire (Statham *et al.*, 2011), ecc.

Mentre ognuna di queste scale si concentra nell'indagine di specifici aspetti del craving, ne esistono altre che sono in grado di distinguere in maniera chiara delle differenti tipologie di craving (Ooteman *et al.*, 2006; Cooper *et al.*, 1995).

Tra queste, l'unica validata in italiano è la Craving Typology Questionnaire (CTQ) (Martinotti *et al.*, 2013) di cui è stata proposta e validata anche una versione ridotta (da 20 a 15 item) nel 2022. La somministrazione di questa scala a 20 domande fornisce come esito un punteggio per ogni tipologia di craving (reward, relief e obsessive) che, confrontato con dei valori soglia, ci fornisce per ogni tipologia, la intensità del craving in quel paziente (low, medium e high) e quindi anche la prevalenza di un craving sull'altro o la presenza di più craving prevalenti.

Scopo

Lo scopo di questo articolo è stato quello di analizzare la tipologia di craving in un campione di pazienti alcolisti afferenti al Servizio per le Dipendenze Patologiche (SerDP) di Ravenna e di valutare eventuali correlazioni tra presenza e tipologia di craving, terapia farmacologica in atto e mantenimento dell'astensione dal consumo di alcol.

Materiali e metodi

È stato selezionato un campione di pazienti con diagnosi di dipendenza da alcol o uso dannoso di alcol secondo ICD-10, quindi con una diagnosi F10.1 o F10.2, in carico al SerDP nel 2022 con un programma aperto dal dr. Innocenti e ad ogni paziente è stata eseguita una valutazione del craving con scala VAS e con scala CTQ tra gennaio e giugno 2022.

La lista dei pazienti è stata estrapolata dalla cartella clinica SistER ed i dati raccolti su di un database in formato Excel. Sono stati poi calcolati media e deviazione standard di dati anagrafici, età di insorgenza e durata media della problematica alcolologica, quantificazione del consumo (basata sull'anamnesi e sull'esecuzione di etilglucuronide e CDT) e quantificazione del craving (scala VAS e scala CTQ).

Infine, data la limitata grandezza del campione è stato utilizzato il Test di Fisher per il confronto tra gruppi di pazienti che presentavano craving e gruppo che non lo presentava valutare una differenza statisticamente significativa con una *p* inferiore allo 0.5 relativamente all'astensione da alcol.

Risultati

Sono stati selezionati 35 pazienti che si sono rivolti al SerDP di Ravenna per una problematica connessa al consumo di alcolici e che avevano un programma terapeutico aperto (a carico del dr. Innocenti Daniele) nel 2022.

Di questi, pazienti 11 hanno genere femminile e 24 genere maschile.

L'età media dei selezionati è $53,89 \pm 10,19$ anni, con età più bassa 32 anni ed età più alta 75 anni. L'età media di insorgenza della problematica connessa al consumo di alcolici è $33,85 \pm 10,72$ anni.

La durata media in anni della problematica di abuso alcolico nel campione è di $19,71 \pm 10,25$ anni.

Sul totale 18 pazienti hanno una comorbidità psichiatrica (di cui 6 con disturbi dell'umore o disturbi psicotici e 12 con disturbi di personalità) e 4 pazienti presentano anche un Disturbo da Uso di Sostanze (3 di cocaina e 1 di cannabis).

Sul totale sono 13 pazienti che presentano craving e quindi hanno valori superiori allo 0 sulla VAS per il craving, con un valore medio di $4,46 \pm 2,88$; a questi pazienti è stato somministrato il CTQ (tranne uno che si è rifiutato di rispondere al test per questioni personali). Coerentemente con quanto osservato da numerosi colleghi nella pratica clinica, anche nel nostro campione la stratificazione proposta dal CTQ in low/medium e high presenta delle soglie molto basse per le quali non ci sarebbe nessun paziente con una o più tipologia di craving low.

Questo causerebbe uno spostamento della classificazione verso l'high ed una difficoltà a far emergere le differenze individuali per cui abbiamo deciso, a scopo di ricerca, di fare un'analisi più fine dei risultati traducendo il valore ottenuto per ogni tipologia di craving per ogni singolo pa-

ziente in un valore percentuale rispetto al valore massimo e assumendo che una tipologia di craving possa essere ritenuta preponderante quando presentava uno scarto di almeno il 20% rispetto alle altre 2 (Tabella 1).

Tabella 1

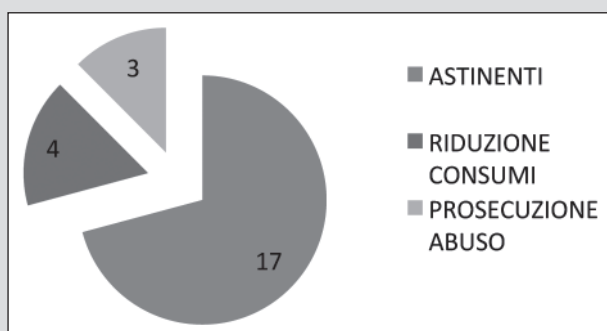
Paziente	Comorbidità	Rew	(%su max 35)	Rel	(%su max 25)	Obs	(%su max 40)
1	1	16	46%	8	32%	9	22,5%
2	2	11	31%	24	96%	8	20%
3	0	13	37%	23	92%	36	90%
4	0	9	26%	7	28%	8	20%
5	0	12	34%	21	84%	24	60%
6	0	19	54%	19	76%	14	35%
7	1	16	46%	15	60%	8	20%
8	1	15	43%	24	96%	40	100%
9	1	18	51%	14	56%	16	40%
10	0	13	37%	18	72%	8	20%
11	0	10	29%	6	24%	8	20%
12	1	14	40%	14	56%	15	37,5%

Nella tabella vengono evidenziate in scuro le tipologie di craving che risultano prevalenti e che quindi hanno valori percentuali superiori al 20% rispetto alle altre tipologie.

È presente una sovrapposizione di più tipologie di craving prevalenti in ben 8, pazienti mentre solamente 4 pazienti hanno evidenziato una tipologia di craving nettamente superiore alle altre due.

Nel campione dei pazienti con un craving assente (22 pazienti) sono riusciti a raggiungere la completa astensione 17 pazienti, mentre 4 pazienti hanno un consumo saltuario di alcolici; un solo paziente non è riuscito a ridurre sensibilmente l'assunzione di alcolici (Figura 1).

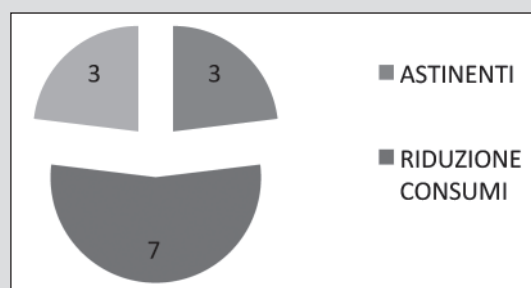
Fig.1 - Pazienti con craving assente (22)



Nel campione dei pazienti con un craving pari o superiore a 1 (13 pazienti) sono riusciti a raggiungere la completa astensione 3 pazienti, mentre 7 pazienti riferiscono una riduzione dei consumi o una astensione con slip periodiche; solamente 3 pazienti non sono riusciti a ridurre significativamente il consumo di alcolici (Figura 2).

Tra coloro che riferiscono di assumere attualmente alcolici (15 pazienti con una media di unità alcoliche giornaliere di $3,87 \pm 4,97$) 11 riportano di avere craving per gli alcolici.

Fig. 2 - Pazienti con craving presente (13)



Discussione

Abbiamo suddiviso il campione di pazienti in base alla presenza di craving per alcolici ottenendo due gruppi: il primo gruppo di pazienti con craving pari a 0 (22 pazienti) ed il secondo gruppo con craving pari o superiore a 1 (13 pazienti). Abbiamo effettuato il Test esatto di Fisher per valutare la presenza di una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi relativamente al mantenimento dell'astensione da alcol ed i risultati sono riportati nella Tabella 2.

I due gruppi sono risultati significativamente differenti dal punto di vista statistico e quindi la differenza di astensione o meno dagli alcolici tra i due gruppi non è casuale.

Abbiamo quindi calcolato l'Odds Ratio per il rischio di bere in correlazione all'assenza o meno di craving ed abbiamo ottenuto i seguenti risultati (Tabella 3):

Tab. 2 - Correlazione tra presenza di craving e mantenimento dell'astensione da alcolici

Results			
	Astenuti	Bevitori	Marginal Row Totals
Craving 0	17	5	22
Craving +	3	10	13
Marginal Column Totals	20	15	35 (Grand Total)

The Fisher exact test statistic value is 0.0038. The result is significant at $p < .05$.

Tab. 3 - Rischio relativo di abuso alcolico in base alla presenza di craving

Results

Odds ratio	11.3333
95 % CI:	2.2191 to 57.8810
z statistic	2.918
Significance level	P = 0.0035

Effettivamente risulta che la presenza di craving è un fattore di rischio per il consumo di alcolici (OR 11.333 con 95% CI 2.2191 to 57.8810 con $p = 0.0035$), mentre l'assenza di craving è un fattore protettivo nel nostro campione.

Nonostante questo è importante sottolineare che ci sono pazienti che pur in presenza di craving non sono ricaduti (3 pazienti) e pazienti che hanno consumato alcolici nonostante l'assenza di craving (5 pazienti).

Per i 3 pazienti non ricaduti nonostante il craving si può ipotizzare la compresenza di fattori protettivi che abbiano consentito il mantenimento dell'astensione.

Per quanto riguarda invece coloro che hanno consumato alcol in assenza di craving, si possono ipotizzare differenti spiegazioni:

1. è possibile che ci sia una ridotta sincerità in risposta alla domanda esplorativa sul craving, non solamente per volontà di mentire del paziente ma proprio per un mancato riconoscimento dei "sintomi" del craving e rispetto ai quali è fondamentale nella fase di assessment veicolare anche messaggi di tipo psicoeducativo;
2. si può ipotizzare in presenza di un deficit cognitivo anche in assenza di craving si possa verificare un consumo di alcolici da automatismo (e quindi collegato a dei trigger) o semplicemente a una totale mancanza di inibizione in presenza di una lieve spinta all'azione.

Dal punto di vista qualitativo risulta evidente come la tipologia di craving che è più rappresentata nei nostri pazienti è il relief craving, tanto da non risultare minoritaria in nessun paziente. Da notare il fatto che quando vi sono due tipologie di craving prevalenti è assente la associazione tra reward e obsessive craving mentre sono presenti le associazioni tra reward e relief e tra relief e obsessive.

Questo risulta coerente con il modello di Koob (Koob, Volkow, 2010) secondo il quale il circolo dell'addiction, ca-

ratterizzato da un susseguirsi di craving, ricaduta, raggiungimento dell'astensione, assume delle caratteristiche di reward e relief nelle prime fasi con prevalenza della impulsività e delle caratteristiche di relief-obsessive nelle fasi avanzate con la prevalenza di compulsività.

Conclusioni

Il presente studio conferma nel nostro campione quanto già riportato in letteratura sulla correlazione tra craving e consumo di alcolici/rischio di ricaduta.

Questo giustifica la centralità di questo sintomo nella fase di valutazione e di trattamento e quindi anche la somministrazione di scale che permettano di definire quantitativamente e qualitativamente il craving al fine di poterlo trattare in maniera più appropriata e fornire dei rimandi di tipo psicoeducazionale al paziente su una base scientifica condivisa e oggettivabile.

Nonostante la tendenza dei pazienti con DUA a sottostimare la propria malattia e di conseguenza la tendenza a non riportare in maniera corretta il proprio vissuto, nella maggior parte dei casi l'indagine quantitativa sul craving ha portato a risposte coerenti con l'outcome clinico ed infatti coloro che negano il craving effettivamente hanno un consumo di alcolici ridotto, rispetto a coloro che invece riportano di provare il desiderio di bere.

Per ottimizzare questo aspetto è importante educare i pazienti a riconoscere il craving ed i sintomi associati, perché una più corretta percezione interiore del problema può aiutare meglio il clinico nella prevenzione delle ricadute.

Infine, in quei casi in cui ad una bassa o assente percezione di craving si associ comunque un consumo ricorrente di alcolici, può essere utile effettuare una valutazione neurocognitiva per la ricerca di eventuali deficit che possano spiegare un passaggio all'azione (consumo di alcol) non legato alla forza del craving ma alla presenza controllo cognitivo psichiche molto basso o assente, così da poter prendere in carico il paziente anche insieme a quei servizi deputati alla cura dell'impairment cognitivo e identificare percorsi più protettivi e contenitivi.

Le dimensioni del campione non ci hanno permesso di valutare se una terapia farmacologica mirata sulla tipologia di craving prevalente sia in grado di favorire l'astensione dall'alcol rispetto ad una terapia non mirata (Caputo *et al.*) e al tempo stesso l'eterogeneità nella presa in carico e nella durata di malattia del campione non ha permesso di valutare l'influenza nel tempo della terapia farmacologica sull'intensità del craving.

Su questi aspetti le evidenze scientifiche al momento non sono numerose e sono prevalentemente sul versante farmacologico: c'è una indicazione ad utilizzare Naltrexone nel reward craving prevalente e non nel relief craving prevalente e una indicazione a utilizzare l'Acamprosato preferenzialmente nel relief craving (Mann *et al.*, 2018; Roos *et al.*, 2017; Maisel *et al.*, 2013).

Nonostante la assenza di evidenze scientifiche chiare, e nonostante la presenza di una sovrapposizione frequente tra tipologie di craving, questo strumento dal nostro punto di vista risulta comunque molto interessante per inquadrare il paziente e stabilire delle priorità di intervento con lui:

- dallo studio emerge anche in maniera chiara che nei pazienti con DUA che accedono ai servizi è prioritario il trattamento del relief craving sia da un punto di vista farmacologico che non farmacologico in quanto risulta sempre presente in tutti i pazienti;
- la possibilità di sapere se è presente una componente di ossessive craving è determinante per comprendere la gravità del paziente, per ipotizzare un passaggio dalla fase impulsiva della ricerca dell'alcol alla fase compulsiva e per comprendere l'eventuale fallimento di alcuni trattamenti ambulatoriali poco contenitivi;
- la prevalenza di reward craving può orientare i trattamenti sulla ricerca di piaceri alternativi all'alcol o alla definizione di identità del paziente all'interno gruppi di pari con differenti interessi;
- ripetere il CTQ nel tempo ci permette di seguire la evoluzione del craving e reindirizzare obiettivi e strumenti del progetto terapeutico.

Riteniamo quindi che la valutazione della tipologia di craving tramite il questionario CTQ sia utile sia in fase di assessment che di monitoraggio del trattamento sebbene siano necessari ulteriori studi per definire delle correlazioni tra tipologia di craving e appropriatezza dei trattamenti.

Auspichiamo inoltre che i limiti operativi legati alla presenza di valori soglia poco funzionali alla pratica clinica (ragion per cui abbiamo ragionato in termini di percentuali anziché in termini di low/medium/high) vengano superati con la nuova versione del CTQ a 15 item.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anton R.F. (2000). Obsessive-compulsive aspects of craving: development of the Obsessive Compulsive Drinking Scale. *Addiction*, 95: 211-7. DOI: 10.1046/J.1360-0443.95.8S2.9.X.

Bernard L., Cyr L., Bonnet-Suard A. *et al.* (2021). Drawing alcohol craving process: a systematic review of its association with thought suppression, inhibition and impulsivity. *Heliyon*, 7, e05868. DOI: 10.1016/j.heliyon.2020.e05868.

Bohn M.J., Krahn D.D., Staehler B.A. (1995). Development and initial validation of a measure of drinking urges in abstinent alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*, 19: 600-6. DOI: 10.1111/j.1530-0277.1995.tb01554.x.

Bottlender M., Soyka M. (2004). Impact of craving on alcohol relapse during, and 12 months following, outpatient treatment. *Alcohol*, 39: 357-61. DOI: 10.1093/alcalc/agh073.

Capuro F., Vignoli T. *et al.* (2005). How many craving? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: a review. *Neuropsychobiology*, 51: 59-66.

Chiappini S., Guirguis A., John A. *et al.* (2020). Covid-19: the hidden impact on mental health and drug addiction. *Front Psych*, 11, 767. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00767.

Cooper P., Frone M.R., Russell M. *et al.* (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. *J Pers Soc Psychol*, 69: 990-1005. DOI: 10.1037/0022-3514.69.5.990.

Desires for Alcohol Questionnaire-6 (DAQ6) – Addiction Research Center – UW–Madison (n.d.). <https://arc.psych.wisc.edu/self-repo-rt/desires-for-alcohol-questionnaire-6-da6> (20 July 2022, date last accessed).

Koob G.F., Volkow N.D. (2010). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1): 217-238.

Leggio L. (2009). Understanding and treating alcohol craving and dependence: recent pharmacological and neuroendocrinological findings. *Alcohol*, 44: 341-52. DOI: 10.1093/alcalc/agh026.

Love A., James D., Willner P. (1998). A comparison of two alcohol craving questionnaires. *Addiction*, 93: 1091-102. DOI: 10.1046/J.1360-0443.1998.937109113.X.

Maisel N.C., Blodgett J.C., Wilbourne P.L., Humphreys K., Finney J.W. (2013). Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful?. *Addiction*, Feb., 108(2): 275-93.

Mann K., Roos C.R., Hoffmann S., Nakovics H., Leménager T., Heinz A., Witkiewitz K. (2018). Precision Medicine in Alcohol Dependence: A Controlled Trial Testing Pharmacotherapy Response Among Reward and Relief Drinking Phenotypes. *Neuropsychopharmacology*, Mar, 43(4): 891-899.

Martinotti G., di Nicola M., Tedeschi D. *et al.* (2009). Empathy ability is impaired in alcohol-dependent patients. *Am J Addict*, 18: 157-61. DOI: 10.1080/10550490802544391.

Martinotti G., di Nicola M., Tedeschi D. *et al.* (2013). Craving Typology Questionnaire (CTQ): a scale for alcohol craving in normal controls and alcoholics. *Compr Psychiatry*, 54: 925-32. DOI: 10.1016/J.COMPPSYCH.2013.03.023.

Martinotti G., Alessi M.C., di Natale C. *et al.* (2020). Psychopathological burden and quality of life in substance users during the Covid-19 lockdown period in Italy. *Front Psych*, 11, 572245. DOI: 10.3389/fpsy.2020.572245.

Mottola C.A. (1993). Measurement strategies: the visual analogue scale. *Decubitus*, 6: 56-8.

O'Brien C.P., Childress A.R., Ehrman R. *et al.* (1998). Conditioning factors in drug abuse: can they explain compulsion?. *J Psychopharmacol*, 12: 15-22. DOI: 10.1177/026988119801200103.

Ooteman W., Koeter M., Verheul R. *et al.* (2006). Development and validation of the Amsterdam Motives for Drinking Scale (AMDS): an attempt to distinguish relief and reward drinkers. *Alcohol*, 41: 284-92. DOI: 10.1093/alcalc/agl012.

Oslin D.W., Cary M., Slaymaker V. *et al.* (2009). Daily ratings measures of alcohol craving during an inpatient stay define subtypes of alcohol addiction that predict subsequent risk for resumption of drinking. *Drug Alcohol Depend*, 103: 131-6. DOI: 10.1016/j.drugaledep.2009.03.009.

Robinson T.E., Berridge K.C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res Brain Res Rev*, 18: 247-91. DOI: 10.1016/0165-0173(93)90013-P.

Roos C.R., Mann K., Witkiewitz K. (2017). Reward and relief dimensions of temptation to drink: construct validity and role in predicting differential benefit from acamprosate and naltrexone. *Addict Biol.*, Nov., 22(6): 1528-1539.

Russell J.A. (1980). A circumplex model of affect. *J Pers Soc Psychol*, 39: 1161-78.

Sayette M.A., Shiffman S., Tiffany S.T. *et al.* (2000). The measurement of drug craving. *Addiction*, 95: 189-210. DOI: 10.1080/09652140050111762.

Singleton E.G., Henningfield J.E., Tiffany S.T. (1994). *Alcohol Craving Questionnaire: ACQ-NOW: Background and Administration Manual*. Baltimore, MD: NIDA Addiction Research Centre.

Statham D.J., Connor J.P., Kavanagh D.J. *et al.* (2011). Measuring alcohol craving: development of the Alcohol Craving Experience questionnaire. *Addiction*, 106: 1230-8. DOI: 10.1111/J.1360-0443.2011.03442.X.

Tiffany S.T. (1997). New perspectives on the measurement, manipulation and meaning of drug craving. *Hum Psychopharmacol*, 12: S103-13.

Verheul R., van den Brink W., Geerlings P. (1999). A three-pathway psychological model of craving for alcohol. *Alcohol*, 34: 197-222. DOI: 10.1093/alcalc/34.2.197.

Westerberg V.S. (2000). Constituents of craving in a clinical alcohol sample. *J Subst Abuse*, 12: 415-23. DOI: 10.1016/S0899-3289(01)00051-7.

Yoon G., Kim S.W., Thuras P. *et al.* (2006). Alcohol craving in outpatients with alcohol dependence: rate and clinical correlates. *J Stud Alcohol*, 67: 770-7. DOI: 10.15288/JSA.2006.67.770.

Caratteristiche comuni della violenza sessuale e della violenza sessuale alcol-indotta

Ezio Manzato*, Giovanna Del Balzo**

Definizioni

La violenza sessuale (SV), definita anche aggressione sessuale, contro le donne è definito un grave problema di salute pubblica a livello mondiale (WHO guidelines, 2013; Davis *et al.*, 2018).

Le definizioni di stupro, violenza sessuale, condotta sessuale criminale e altre forme di violenza sessuale variano negli ordinamenti giuridici e negli studi di ricerca; comunque, la maggior parte delle definizioni comprende rapporti sessuali non voluti, costretti con la forza o la minaccia della forza o con aggressività verbale o favoriti da alcol e droghe o quando la vittima è incapace mentalmente e impossibilitata a dare il proprio consenso (Kilpatrick *et al.*, 2007; Koss *et al.*, 2007; Abbey e Jacques-Tiura, 2011).

Sussiste attualmente una difficoltà a realizzare definizioni scientifiche che corrispondano alle definizioni giuridiche perché le leggi variano da stato a stato, per cui in talune giurisdizioni si adotta il termine violenza sessuale invece di stupro, in altri contesti il termine stupro identifica atti sessuali penetrativi, mentre violenza sessuale riguarda atti sessuali non penetrativi, oppure lo stesso termine rappresenta una categoria ampia che comprende sia atti sessuali penetrativi che non penetrativi (Eileraas, 2011; Muehlenhard *et al.*, 2017).

Anche le definizioni usate dai ricercatori variano, sebbene emergano temi comuni (Muehlenhard *et al.*, 2017).

In studi di prevalenza, lo stupro è tipicamente definito come penetrazione vaginale, orale o anale ottenuta con la forza o l'inabilitazione (Black *et al.*, 2011; Cantor *et al.*, 2015; Krebs *et al.*, 2016). Gli atti sessuali non penetrativi ottenuti con la forza o l'inabilitazione sono stati definiti usando diverse etichette (Muehlenhard *et al.*, 2017).

Da diversi ricercatori sono stati usati il termine molestie sessuali (Krebs *et al.*, 2016), contatto sessuale (Koss *et al.*, 2007) o contatto sessuale non voluto (Edwards *et al.*, 2015).

Il termine violenza sessuale è stato spesso usato includendo atti sessuali penetrativi e non penetrativi ottenuti con la forza o l'inabilitazione (Tharp *et al.*, 2012; Cantor *et al.*, 2015; Edwards *et al.*, 2015; Krebs *et al.*, 2016).

Sulla base delle tattiche utilizzate dall'aggressore nei confronti della vittima sono anche state definite due forme "uniche" di perpetrazione sessuale: la prima indicata come aggressione/violenza sessuale e la seconda indicata come coercizione sessuale (DeGue *et al.*, 2010).

* *Psichiatra psicoterapeuta, Verona. Responsabile scientifico Newsletter "Clinica dell'Alcolismo" di Mission - Italian Quarterly Journal of Addiction.*

** *Medico legale, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.*

L'uso di tattiche fisiche caratterizza l'aggressione/violenza sessuale, che è riconosciuta come la forma di violenza sessuale più severa e lesiva ed è solitamente accompagnata da chiari divieti legali e sociali.

Questo tipo di perpetrazione, che comprende stupro forzato, facilitato da droghe/alcol e inabilitato, incontrerebbe i criteri per un reato sessuale violento (Kilpatrick *et al.*, 2007).

L'uso di tattiche non fisiche per ottenere sesso non voluto caratterizza la coercizione sessuale.

Le tattiche non fisiche sono rappresentate da argomentazioni continuative o pressione verbale, minacce di chiudere la relazione, inganno, manipolazione emotiva, mancata considerazione delle richieste di smettere gli approcci senza uso di forza fisica e intossicazione intenzionale per ridurre le inibizioni.

Queste tattiche, che spesso prendono la forma di comportamenti predatori negli appuntamenti e che le evidenze epidemiologiche suggeriscono essere usate più spesso rispetto alle tattiche fisiche, rappresentano spesso una forma meno grave, talora anche legalmente, rispetto alle tattiche di coercizione fisica (Lyndon *et al.*, 2007).

Dati di prevalenza

Le stime basate sulla definizione più ampia della violenza sessuale (es. comportamenti che vanno dal rapporto sessuale non consensuale al rapporto mediante la coercizione verbale, l'intossicazione o le tattiche con la forza fisica) suggeriscono che tra il 25% e il 57% degli uomini statunitensi (dai dati di campioni di comunità e universitari) riporta di aver perpetrato almeno un atto di violenza sessuale dall'età di 14 anni (Abbey e McAuslan, 2004; Abbey *et al.*, 2006; Gidycz *et al.*, 2007; Abbey *et al.*, 2011; Devis *et al.*, 2018).

In uno studio prospettico (con misure completate al basale e al follow-up a 3 mesi) è stata esplorata la relazione tra uso di alcol, partecipazione atletica, appartenenza a una confraternita, prime esperienze sessuali e successiva perpetrazione di aggressioni verbali, fisiche e sessuali tra 425 studenti universitari, di un'università del Midwest, maschi (con età di 18 o 19 anni nel 78%), eterosessuali nel 98% e non sposati nel 99%, il 51% dei quali riportava appuntamenti casuali e il 35% relazioni di lunga durata per più di 6 mesi, mentre il 2% era fidanzato.

In questo campione il 17.7% (75) dei partecipanti ha riportato di aver perpetrato una qualche forma di violenza sessuale tra i 14 anni e l'età alla valutazione; in specifico il 6.4% (27) ha riportato di essersi coinvolto in rapporto sessuale aggressivo, il 5.4% (23) in coercizione sessuale e il 5.9% (25) in stupro o tentato stupro.

I dati, inoltre, hanno indicato che il 52% (39) degli incidenti coinvolgeva l'uso di alcol da parte dell'aggressore mentre nel 47.3% (35) l'uso di alcol coinvolgeva la vittima.

La maggior parte delle violenze sessuali si verificava nel contesto di un appuntamento in una relazione stabile o occasionale nel 64.4% (47) e nel 28.8% (21) la vittima era identificata come conoscente; in 4 casi (6.8%) la vittima era identificata come sconosciuto.

Durante i 3 mesi di follow-up, 10.2% (35) dei partecipanti hanno riportato di essersi coinvolto in qualche forma di violenza sessuale; in specifico, il 4.4% (15) ha riportato di essersi coinvolto in un rapporto sessuale aggressivo; il 3.2% (11) in coercizione sessuale e il 2.6% (9) in stupro o tentato stupro.

I dati, inoltre, hanno indicato che il 63.6% (21) degli incidenti coinvolgeva l'uso dell'alcol da parte dell'aggressore e nel 57.1% (20) degli incidenti era riportato l'uso dell'alcol da parte della vittima. La maggioranza delle violenze sessuali si verificavano in appuntamenti all'interno di relazioni anche se casuali nel 54.3% (19) dei casi, nel 42.8% (15) la vittima era un conoscente e in un solo caso la vittima era uno sconosciuto.

I risultati, infine, hanno indicato che la storia precedente di perpetrazione di una specifica forma di aggressione era il solo predittore per il successivo comportamento aggressivo sessuale o verbale al follow-up, con probabilità approssimativamente 3 volte maggiore rispetto agli uomini senza tale storia (Gidycz *et al.*, 2007).

In uno studio su 360 maschi adulti (con età media di 32.1 anni) giudicati e incarcerati in un penitenziario statale del Midwest è risultato che il 51.4% dei partecipanti era classificato come coercitivo sessuale, mentre il 19.7% era considerato aggressore sessuale; approssimativamente un terzo (33.5%) dei coercitivi e tre quarti (76%) degli aggressori avvallavano l'uso di due o più tattiche per ottenere un rapporto sessuale non voluto.

Inoltre, il 90.1% degli aggressori sessuali ha riportato di essere stato coinvolto in comportamenti sessualmente coercitivi di livello inferiore, e di quei pochi aggressori sessuali che avevano negato l'uso di tattiche coercitive non fisiche, la maggior parte (85.7%) è stata classificata come aggressori sulla base delle loro cartelle criminologiche.

Di tutto il campione il 28.9% non aveva auto-dichiarazione o storia criminale di perpetrazione di violenza sessuale (DeGue *et al.*, 2010).

Utilizzando una versione ampliata del Confluence Model (che fornisce un'utile integrazione teorica dei fattori che influenzano la probabilità degli uomini di commettere aggressioni sessuali e che è incentrato su due percorsi principali, il sesso impersonale-IS e la mascolinità ostile-HM, che contribuiscono alla probabilità di perpetrazione sessuale) (Malamuth *et al.*, 1991, 1995), un campione di 470 giovani adulti (con età compresa tra 18 e 35 anni, media 23.6) della comunità metropolitana di Detroit, celibi e che erano usciti con una donna negli ultimi 2 anni, è stato sottoposto ad auto-interviste audio assistite al computer della durata di un'ora.

Il 43% dei partecipanti ha riportato di aver perpetrato un qualche tipo di violenza sessuale dall'età di 14 anni.

Il 10.2% ha indicato che il rapporto sessuale costretto con l'uso della forza era la forma più grave di violenza sessuale

che aveva commesso, il 22.1% aveva commesso un rapporto sessuale con coercizione verbale, il 3.6% aveva commesso un tentato stupro e il 7.2% aveva commesso uno stupro completo, solitamente quando la vittima era incapace di dare il consenso per l'estrema incapacitazione.

Tra questi aggressori, il numero degli atti sessuali aggressivi variava da 1 a 53, con una media di 6.22.

I risultati hanno anche indicato che la delinquenza, la mascolinità ostile, il sesso impersonale e l'errata percezione dei segnali sessuali delle donne sono stati positivamente e direttamente associati al numero di atti sessuali aggressivi commessi.

Inoltre, sono stati osservati anche effetti indiretti della vittimizzazione infantile, dei tratti della personalità associati a livelli sub-clinici di psicopatologia e del consumo di alcol attraverso i loro collegamenti con la mascolinità ostile, il sesso impersonale e l'errata interpretazione (Abbey *et al.*, 2011).

Per facilitare lo sviluppo di interventi di prevenzione primaria per gli studenti nazionali del Regno Unito che hanno subito conseguenze fisiche e psichiche, sono stati valutati i fattori di rischio psicologico associati alla recente violenza sessuale, utilizzando due campioni distinti di studenti universitari maschi (il primo di 259 studenti sessualmente aggressivi di un'università del sud-est dell'Inghilterra con età media di 22.9 anni e inglesi bianchi per la maggioranza; il secondo di 295 studenti sessualmente aggressivi di varie università del Regno Unito con età media di 25.1 anni, inglesi bianchi per la maggioranza).

Nello studio 1, 33 partecipanti (12.7%) hanno dichiarato di aver perpetrato 106 atti sessualmente aggressivi negli ultimi 24 mesi.

La coercizione sessuale comprendeva la più ampia categoria di atti denunciati (41.5%) essendo stata perpetrata da 14 partecipanti (6.2%), seguita dai rapporti sessuali non voluti (34.9%) e dallo stupro/tentato stupro (23.6%), perpetrati rispettivamente dal 10,2% (23) e dal 6.2% (14) del campione.

La maggior parte degli aggressori sessuali (SAs) (13, 39.4%) ha commesso due atti sessualmente aggressivi in totale, sebbene un numero considerevole (11, 33.3%) ne abbia riportati 3 o più.

La maggioranza degli aggressori sessuali (27, 81.8%) ha riportato solo vittime di sesso femminile, sebbene 5 (15.2%) abbiano riportato vittime di sesso femminile e maschile e uno (3.0%) abbia riferito una vittima di sesso maschile.

Nello studio 2, 30 partecipanti (10.1%) hanno riportato di aver perpetrato 145 atti sessualmente aggressivi durante gli ultimi 24 mesi.

La coercizione sessuale, come nello studio 1, comprendeva la più vasta categoria di atti denunciati (37.9%), perpetrati da 18 partecipanti (6.1%), seguita da stupro/tentato stupro (35.9%, percentuale molto maggiore rispetto allo studio 1), dai rapporti sessuali non voluti (26.2%), perpetrati rispettivamente dal 5.4% (16) e dal 4.7% (14) del campione.

A differenza dello studio 1, la maggior parte degli aggressori sessuali (12, 40%) ha riportato 3 o più atti sessuali aggressivi; come in precedenza, la maggior parte degli atti era commessa solo contro vittime di sesso femminile (26, 86.7%), sebbene 4 (13.3%) abbiano riportato vittime di sesso femminile e maschile.

Le vittime erano per la maggior parte altri studenti (80.0%) conosciuti ai partecipanti (66.7%); solo un intervistato (3.0%) ha riportato una vittima di sesso maschile.

Cumulativamente i risultati dello studio 1 e 2 hanno evidenziato che 1 partecipante su 9 (11.4%) (63) del campione combinato (554) ha riportato di aver commesso almeno un atto sessualmente aggressivo negli ultimi 24 mesi, per un totale di 251 atti sessualmente illegali nel complesso.

Questi aggressori sessuali potrebbero essere differenziati dai loro coetanei non aggressori sulla base di vari indicatori, come fantasie sessuali atipiche, aggressività generale, ostilità verso le donne e accettazione del mito dello stupro, come predittori più affidabili (Hales e Gannon, 2022).

Riguardo alla vittimizzazione, d'altra parte, una review della letteratura nord americana ha stimato che 1 su 5 donne (20%) fa esperienza di vittimizzazione sessuale durante il loro periodo di università.

Peraltro, negli studi di comparazione tra donne studentesse universitarie e donne non studentesse universitarie nella stessa fascia d'età non è stata evidenziata alcuna differenza nella percentuale di violenze sessuali tra questi due gruppi di donne (Muehlenhard *et al.*, 2017).

Nell'Unione Europea un'indagine sulla perpetrazione/vittimizzazione sessuale condotta in 10 paesi europei (Austria, Belgio, Cipro, Grecia, Lituania, Olanda, Polonia, Portogallo, Slovacchia e Spagna) con 3.480 partecipanti ha evidenziato come tra il 19.7 e il 52.2% delle donne e tra il 10.1 e il 55.8% degli uomini intervistati riferisse di aver subito almeno un episodio di vittimizzazione sessuale dall'età del consenso.

Tra il 5.5 e il 48.7% dei partecipanti maschi e tra il 2.6 e il 14.8% delle donne ha riferito di aver commesso almeno un atto di aggressione sessuale, con tassi più alti per gli uomini che per le donne in tutti i paesi (Krahé *et al.*, 2015).

In Italia, l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) ha evidenziato che 6 milioni e 788 mila donne hanno subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale, il 31.5% delle donne tra i 16 e i 70 anni; in particolare il 21% ha subito una violenza sessuale e il 5.4% ha subito forme più gravi di violenza sessuale come stupro o tentato stupro.

I partner attuali o precedenti commettono le violenze più gravi; il 62.7% degli stupri è commesso da un partner attuale o precedente, mentre gli sconosciuti sono nella maggior parte dei casi autori di molestie sessuali (76.8%).

Il 10.6% delle donne ha subito violenze sessuali prima dei 16 anni.

È stato segnalato l'emergere di segnali di miglioramento rispetto all'indagine precedente: negli ultimi 5 anni (2010-2014) le violenze fisiche e sessuali erano passate da 13.3% a 11.3%, rispetto a 5 anni precedenti il 2006.

Ciò è stato considerato conseguente ad una maggiore informazione, al lavoro sul campo ma soprattutto ad una migliore capacità delle donne di prevenire e combattere il fenomeno e al clima sociale di maggiore condanna della violenza.

La violenza sessuale dai partner e dagli ex partner è risultata in calo dal 2.8% al 2%; tuttavia, gli stupri e i tentati stupri non sono diminuiti (1.2% sia per il 2006 sia per il 2014) (Istat, 2015).

Dai dati del National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS) del 2012 (con interviste ad una popolazione generale di età ≥ 18 anni di 11.940 rispondenti, di cui 6.625 femmine e 5.315 maschi) è risultato che negli Stati Uniti circa 10 milioni di donne (8.4%) hanno fatto esperienza di uno stupro tentato o completo e circa 1.9 milioni di uomini (1.6%) sono stati fatti oggetto di penetrazione da qualcuno durante la giovinezza (Merrick *et al.*, 2018).

La AAU (Association of American Universities) Campus Climate Survey nel 2019, con più di 180.000 studenti da 33 istituti di istruzione superiore comprese le Università, ha individuato come il 25,9% delle studentesse riportava di aver fatto esperienza di un rapporto sessuale non consensuale con la forza o in condizioni di incapacità a fornire il consenso.

Tra gli studenti maschi il 6,8% ha riferito di aver avuto esperienza di un rapporto sessuale non consensuale con la forza o con incapacità a dare il consenso, il che rappresenta circa un terzo della percentuale di vittimizzazione delle donne (Cantor *et al.*, 2020).

In una indagine su un campione statunitense rappresentativo di 893 giovani adulti maschi e femmine studenti universitari (tra 18 e 24 anni) e non studenti universitari, le donne hanno segnalato molestie sessuali nel 27,4% e violenze sessuali nel 36,0% durante la prima età adulta rispetto agli uomini che segnalavano 22,4% di molestie sessuali e 16,0% di violenze sessuali (Mumford *et al.*, 2020).

In Italia, l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) ha evidenziato che nel 2021 erano 19.592 le donne che avevano affrontato il percorso di uscita dalla violenza con l'aiuto dei Centri Antiviolenza (straniere nel 30% di casi).

Tra le donne che hanno affrontato il percorso di uscita dalla violenza, il 95.2% aveva subito almeno una violenza tra minacce, stalking, violenza psicologica e violenza economica, il 66.6% aveva subito violenza fisica e il 19.8% aveva subito violenza sessuale.

Erano le donne tra 30 e 39 anni ad aver subito maggiormente violenza fisica (71.4%); la violenza sessuale riguardava invece in misura superiore le donne con meno di 16 anni (53.4%) e quelle da 16 a 29 anni (33.7%); le donne di età uguale o superiore a 30 anni erano quelle che maggiormente avevano subito almeno una forma di violenza come minacce, stalking, violenza psicologica e violenza economica.

Nel 94.6% dei casi le violenze erano riferibili a un solo autore e nel 3.5% a due.

Gli autori della violenza si trovavano soprattutto tra le persone con cui la donna aveva legami affettivi importanti; nel 54.8% dei casi era il partner a perpetrare la violenza sulla donna, nel 22.9% si trattava di un ex partner, nel 12.5% era un altro familiare o parente; le violenze subite fuori dall'ambito familiare e di coppia costituivano il restante 9.9%.

Sul totale dei casi si rivelava che circa un autore su cinque (19.7%) aveva una forma di dipendenza come quella da alcol, droghe, gioco o psicofarmaci.

Alla fine del 2021, delle 19.592 donne interessate da un percorso di uscita dalla violenza il 46% risultava ancora coinvolto in un percorso in atto, mentre il 51% aveva avuto un esito finale del percorso.

Tra le donne che avevano subito una violenza fisica, il 29.4% aveva interrotto il percorso di uscita dalla violenza, il 20.7% aveva raggiunto gli obiettivi di uscita dalla violenza.

Tra le donne vittime di violenza sessuale il 24% aveva interrotto il percorso di uscita e il 22.9% aveva raggiunto gli obiettivi (Istat, 2022).

Per quanto riguarda, le segnalazioni di reati sessuali da parte della polizia, negli Stati Uniti il National Crime Victimization Survey del 2018 ha rilevato che il numero di vittime di crimini violenti su soggetti di età di 12 anni o maggiore era passato da 2.7 milioni nel 2015 a 3.3 milioni nel 2018, con un incremento di 604.000 vittime, per effetto degli aumenti nel numero delle vittime di stupro o violenza sessuale, violenza aggravata e violenza semplice.

La percentuale di vittimizzazione di stupro o violenza sessuale è passata da 1.6 di vittimizzazione per 1.000 persone di età di 12 anni o maggiore nel 2015 a 2.7 nel 2018, con un numero totale di stupro/violenza sessuale di 431.840 nel 2015 e di 734.630 nel 2018 (Morgan e Oudekerk, 2019). Nell'Unione Europea nel 2015 sono stati registrati dalla polizia circa 215.000 reati sessuali violenti, di cui circa 80.000 erano stupri; negli stupri più di 9 su 10 vittime e nelle violenze sessuali più di 8 su 10 vittime erano ragazze e donne, mentre quasi la totalità (99%) di coloro che sono stati incarcerati per questi crimini erano maschi. In assoluto, la polizia dell'Inghilterra e del Galles ha registrato il numero più alto di reati sessuali violenti (64.500, di cui 35.800 stupri, 55%), seguiti a distanza da quella della Germania (34.300, di cui 7.000 stupri, 20%), della Francia (32.900, di cui 13.000 stupri, 40%) e della Svezia (17.300, di cui 5.500 stupri, 33%).

Per quanto riguarda gli stupri, i tassi più elevati sono stati registrati in Inghilterra e Galles con 62 stupri ogni 100.00 abitanti e in Svezia con 57 (European Commission-Eurostat, 2017).

Per alcuni paesi europei la media dei tassi di stupro per 100.000 abitanti (Dati Eurostat 2020) risulta essere: > 50 per l'Inghilterra e la Svezia, 30-40 per la Francia, 15-20 per l'Austria, 10-12.5 per la Germania, 7.5-10 per l'Italia, 2.5-5 per Ungheria, Repubblica Ceca e Slovacchia (Eupedia, 2020). Nel 2020 nell'Unione Europea sono stati registrati dalla polizia (come atti criminali) 178.300 reati di violenza sessuale, dato che indica come la tendenza in crescita si sia momentaneamente fermata (European Commission-Eurostat, 2022).

La violenza negli appuntamenti tra gli adolescenti (ADV) è un grave problema che colpisce milioni di giovani in tutto il mondo.

Tale violenza può essere intesa come qualsiasi aggressione intenzionale psicologica, emotiva, fisica o sessuale che si verifica negli appuntamenti e /o nelle relazioni sessuali tra gli adolescenti e che può essere sia di persona o mediante mezzo elettronico (Claussen *et al.*, 2022).

In uno studio, che ha preso in esame 804 adolescenti, ragazzi e ragazze (di età compresa tra i 14 e i 19 anni) che frequentavano diversi tipi di scuole superiori nel nord-ovest dell'Italia, sono state indagate le relazioni tra le forme attive e passive di molestia e violenza sessuale e la pornografia (lettura di riviste e visione di film e video).

I risultati hanno mostrato che approssimativamente il 15% delle femmine adolescenti e il 10% dei maschi adolescenti

sono vittime di attenzioni sessuali irregolari o di violenza sessuale.

I risultati hanno anche evidenziato che la violenza sessuale attiva e passiva, il sesso non voluto e la pornografia sono correlati; in particolare, la lettura di materiale pornografico era più fortemente legata alla violenza sessuale attiva, mentre la visione di film pornografici aveva effetti sul sesso passivo non voluto, soprattutto tra le ragazze (Bonino *et al.*, 2006).

La violenza negli appuntamenti tra gli adolescenti (TDV), problema di salute pubblica negli Stati Uniti, è stata esaminata nel Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) (periodo settembre 2016-dicembre 2017) con i dati ricavati da 14.765 questionari utilizzabili di studenti di 144 scuole superiori statunitensi (9°-12° anno di corso, età 14-15 17-18 anni) e riguardanti l'ultimo anno di frequenza.

I risultati a livello nazionale hanno indicato che la prevalenza di essere stato costretto con la forza ad avere un rapporto sessuale non voluto era del 7.4%, maggiore tra le femmine (11.3%) che tra i maschi (3.5%); la costrizione con la forza a "questioni sessuali" da parte di qualcuno (es. baci, toccamenti o atto sessuale) era del 9.7%, maggiore tra le femmine (15.2%) che tra i maschi (4.3%) (Kann *et al.*, 2018).

L'associazione tra l'esposizione alla pornografia violenta con diverse forme di violenza negli appuntamenti tra adolescenti (fisica, sessuale e minacciosa) è stata esaminata utilizzando i dati di un'indagine mediante interviste a un campione di 1.694 studenti delle scuole superiori (10° anno di corso, età 15-16 anni) che hanno riferito di aver avuto appuntamenti nell'ultimo anno.

È stato trovato che i ragazzi esposti alla pornografia violenta avevano una probabilità 2-3 volte maggiore di segnalare perpetrazione e vittimizzazione di violenza sessuale e fisica in questi contesti, mentre le ragazze esposte a pornografia violenta avevano una probabilità 1.5 volte maggiore di perpetrare violenza con minacce negli appuntamenti rispetto alle ragazze non esposte alla pornografia (Rostad *et al.*, 2019).

Fattori di rischio e protezione della violenza sessuale

La violenza sessuale è un fenomeno complesso per il quale esistono molteplici fattori di rischio per la perpetrazione e la vittimizzazione ai diversi livelli (sociale, comunitario, relazionale ed individuale) del modello di ecologia sociale (Söchting *et al.*, 2004; Tharp *et al.*, 2012; Davis *et al.*, 2018; Claussen *et al.*, 2022).

Nella review di Söchting e colleghi (2004), che ha esaminato la ricerca sui fattori di rischio della violenza sessuale e valutato programmi di prevenzione, sono stati individuati diversi fattori di rischio, che sono stati divisi in fattori di rischio più distali (cioè più lontani in senso temporale) rispetto alla violenza sessuale e fattori di rischio più prosimali (cioè più vicini), che sono contemplati nella realizzazione dei programmi di prevenzione.

I fattori più lontani nel tempo, in relazione alla violenza sessuale nelle donne, sono:

1. caratteristiche socio-demografiche (es. etnia, con rischio 2 volte maggiore per le donne native americane rispetto alle donne bianche, e stato sociale basso);
2. disabilità mentali ed emotive con un ampio spettro di disturbi che va dalla schizofrenia alla bassa autostima;
3. caratteristiche di personalità, per cui le donne che rischiano a una violenza sessuale sono più equilibrate emotivamente e socialmente e sono più convinte della loro capacità di controllare gli eventi.
4. vivere in residenze da parte di studentesse universitarie, che riportano maggiori rapporti sessuali consensuali e accettano maggiormente i miti dello stupro (es. “nella maggioranza degli stupri la vittima è promiscua o ha una cattiva reputazione”) e la violenza sessuale (es. “essere malmenato è sessualmente stimolante per alcune donne”);
5. storia di vittimizzazione precedente (es. abuso sessuale infantile o violenza sessuale in età adolescenziale o adulta), per cui queste donne riferiscono maggiore preoccupazione per la vergogna e per il rifiuto, hanno minore autostima e tendono ad incolparsi per le loro difficoltà e incolpando se stesse, distorcono in maniera negativa la loro auto-percezione e interpretano le violenze come una prova a conferma di tale percezione negativa di se stesse, cioè “di essere sporche e ripugnanti”.

Tra i fattori più vicini nel tempo, risultati in relazione a maggiore vulnerabilità alla violenza sessuale per le donne vi sono:

1. caratteristiche situazionali/ambientali in cui si verifica la violenza sessuale, con un ambiente privato (casa, appartamento o residenza) meno sicuro di un ambiente pubblico di incontro (l’81% delle violenze sessuali si verificherebbe in un ambiente privato o in macchina);
2. appuntamento avviato da un uomo che paga le spese e che guida anche nel caso di appuntamenti consensuali (con rischio maggiore per l’alta frequenza di appuntamenti e l’alto numero di partner sessuali consensuali);
3. consumo di alcol, con rischio maggiore con consumo di alcol precedente e con consumo pesante in occasione della violenza sessuale (evidenza di una percentuale di circa il 40-65% di consumo pesante di alcol in occasione di una violenza sessuale) per cui l’educazione riguardante il consumo di alcol può essere la misura di sicurezza più importante;
4. attitudini e convinzioni di donne e uomini che avvallano i miti dello stupro, che tendono a vedere in maniera negativa la sessualità femminile e a colpevolizzare le vittime, e che non tengono in considerazione la resistenza allo stupro;
5. problemi di comunicazione e mancanza di assertività nelle relazioni, con assertività sessuale come fattore di protezione specifico per la coercizione sessuale;
6. percezione del pericolo, con scarsa abilità a riconoscere il pericolo e le situazioni a rischio in donne con una storia di molte vittimizze sessuali.

Nella review di Tharp e colleghi (2012), che ha analizzato 191 studi empirici (119 che hanno interessato campioni U.S. e 72 campioni internazionali) relativi a fattori di rischio e protezione per la perpetrazione della violenza sessuale negli adolescenti e negli adulti, sono stati identificati in totale 67 fattori classificati in 16 domini a partire dai livelli esterni

dell’ecologia sociale (sociale, comunitario e relazionale) fino al livello individuale e per 35 (52.2%) è stata trovata una correlazione significativa costante relativa all’associazione con la violenza sessuale.

L’effetto significativo costante per ciascun fattore è riassunto nella Tabella 1.

Nel livello individuale dell’ecologia sociale relativamente all’uso di sostanze (per il quale vi è una sovrapposizione epidemiologica con la violenza sessuale) è stata trovata una correlazione significativa costante per l’uso dell’alcol negli aggressori sessuali adulti, mentre non è stata trovata per l’uso di droghe; negli adolescenti aggressori sessuali è stato riportato un minor uso di alcol rispetto agli adolescenti con reati non sessuali.

Nel complesso, l’analisi critica dei vari fattori di rischio per la violenza sessuale ha messo in risalto che nessun singolo fattore sarebbe causalmente correlato la violenza sessuale.

Nella review sistematica di Claussen e colleghi (2022) sono stati analizzati 20 articoli (pubblicati nel periodo 2013-2020) relativi ai fattori di rischio e protettivi della violenza negli appuntamenti tra gli adolescenti (come perpetrazione e/o vittimizzazione) ai vari livelli del modello di ecologia sociale (cioè nei contesti molteplici della vita degli adolescenti).

Tutti i 20 articoli comprendevano informazioni rilevanti, con 11 articoli che comprendevano sia fattori per la perpetrazione e che per la vittimizzazione.

Nel livello individuale dei fattori di rischio per perpetrazione di violenza sessuale 9 articoli hanno individuato fattori di rischio comportamentali, costituiti primariamente da uso di sostanze e/o alcol e problemi di salute mentale (es. depressione, ansia, di-stress psicologico, comportamento antisociale, ecc.); tra gli altri fattori di rischio sono stati evidenziati: la non abilità di gestione della rabbia e di risoluzione del conflitto e l’uso di mezzi aggressivi; le attitudini (es. l’accettazione e la giustificazione della violenza, la tolleranza dell’aggressività e l’accettazione dei miti dello stupro, l’aderenza ai ruoli tradizionali di genere e al ruolo sessuale stereotipato); le convinzioni, come i miti circa l’amore, il sessismo, la violenza giustificata e il diritto/predominio maschile.

Nel livello individuale dei fattori di rischio per vittimizzazione 2 articoli hanno segnalato la non abilità di risoluzione del conflitto, l’assenza di responsabilità e problemi di salute mentale (es. depressione, uso di sostanze e/o alcol, ecc.). Invece, nel livello individuale dei fattori di protezione per perpetrazione di violenza sessuale o per vittimizzazione non è stato identificato nessun articolo. Nel livello relazionale dei fattori di rischio per perpetrazione di violenza sessuale su 13 articoli la metà ha segnalato come variabili di rischio le relazioni con i coetanei, cioè i gruppi di coetanei e le loro influenze (es. coetanei antisociali e violenti e amici aggressivi, ecc.) e l’uso della violenza contro i coetanei (es. bullismo).

In 8 articoli sono stati segnalati fattori di rischio familiare, di questi la maggioranza includeva l’esposizione a esperienze di violenza genitoriale.

Nel livello relazionale dei fattori di rischio per vittimizzazione 4 articoli riportavano fattori di rischio specifici, come avere un partner più vecchio (2 articoli) e come fattori

Tab. 1 - Fattori nei livelli del Modello di Ecologia Sociale con risultati significativi costanti

Livello	Dominio	Fattore	Effetto
Relazionale	Ambiente e storia familiare	Abuso sessuale infantile Abuso fisico infantile Abuso emotivo infantile Maltrattamento infantile (composito)	Significativo in 20 studi su 34 Significativo in 15 studi su 21 Significativo in 4 su 5 studi Significativo solo per università e comunità
Relazionale	Relazioni familiari	Esposizione a violenza genitoriale e conflitto familiare Qualità della relazione genitore-bambino	Significativo in 18 studi su 22 Significativo solo per adulti
Relazionale	Comportamenti e atteggiamenti dei coetanei	Approvazione dei coetanei per sesso forzato Pressione dei coetanei per attività sessuale Aggressività sessuale dei coetanei	Significativo in 4 studi su 4 Significativo in 6 studi su 7 Significativo in 3 studi su 3
Relazionale	Coetanei maschi ipermascolini	Appartenenza a confraternite Partecipazione a team sportivi	Significativo in 8 studi su 11 Significativo in 8 studi su 12
Relazionale	Associazione con coetanei antisociali	Appartenenza a bande	Significativo in 2 studi su 2
Relazionale	Processi e caratteristiche del partner intimo	Processi relazionali Stato relazionale più casuale	Significativo in 5 studi su 5 Significativo in 2 studi su 2
Relazionale Individuale	Conflitto con il partner	Conflitto relazionale e violenza del partner	Significativo in 7 studi su 8
	Comportamenti sessuali e alti fattori non cognitivi inerenti al sesso	Partner sessuali numerosi Sesso impersonale Inizio precoce del sesso Esposizione a media sessualmente espliciti Orientamento/identità sessuale Assunzione di rischi sessuali Motivazione per il sesso/pulsione sessuale Vittimizzazione da violenza sessuale durante l'adolescenza e l'età adulta Passata perpetrazione di violenza sessuale Comportamento sessuale perverso	Significativo in 21 studi su 25 Significativo in 12 studi su 13 Significativo in 7 studi su 7 Significativo in 6 studi su 9 Significativo solo per adolescenti autori di reati sessuali Significativo in 4 studi su 5 Significativo in 4 studi su 5 Significativo in 2 studi su 3 Significativo in 9 studi su 9 Significativo solo per adolescenti autori di reati sessuali

Tab. 1 - Segue

		Aggressore positivo per infezioni a trasmissione sessuale Disagio sessuale	Significativo in 3 studi su 3 Significativo solo per adolescenti autori di reati sessuali
Individuale	Fattori psicosociali	Delinquenza/disturbo della condotta Tentativi di suicidio	Significativo in 16 su 24 studi Significativo in 3 studi su 4
Individuale	Processi cognitivi inerenti al sesso	Fantasie sessuali Volontà di commettere violenza sessuale Attribuzione della colpa alla vittima	Significativo in 4 studi su 7 Significativo in 7 studi su 11 Significativo in 4 studi su 4
Individuale	Fattori interpersonali	Deficit di empatia Fraintendimento dei segnali	Significativo in 13 studi su 20 Significativo in 6 studi su 7
Individuale	Processi cognitivi inerenti al genere	Accettazione del mito dello stupro Ostilità contro le donne e convinzioni sessuali conflittuali Adesione al ruolo tradizionale di genere Ipermascolinità	Significativo in 31 studi su 36 Significativo in 32 studi su 42 Significativo in 19 studi su 21 Significativo in 12 studi su 18
Individuale	Processi cognitivi inerenti alla violenza	Accettazione della violenza Posizione di predominio/egemonia Competitività	Significativo in 9 studi su 13 Significativo in 4 studi su 6 Significativo in 1 studio su 1
Individuale	Abuso di sostanze	Uso di alcol	Significativo solo per adulti

(Modificata da Tharp *et al.*, 2012)

collegati ai coetanei, cioè bullismo, molestie sessuali e avere coetanei perversi (2 articoli).

Nel livello comunitario dei fattori di rischio per perpetrazione di violenza sessuale solo 2 articoli hanno trovato fattori, come il grado di povertà riscontrato al censimento (fattore di rischio importante ma solo per le ragazze) o la quantità di consumo di alcol (fattore di rischio per i ragazzi e le ragazze per perpetrare violenza fisica) o la sperimentazione di un grado maggiore di violenza nella propria comunità e il vivere in comunità urbane ad alta criminalità (fattore di rischio solo per i ragazzi).

Nel livello comunitario dei fattori di rischio per vittimizzazione solo 1 articolo ha identificato la quantità di consumo di alcol come fattore di rischio (solo per i ragazzi).

Nel livello sociale dei fattori di rischio per perpetrazione di violenza sessuale in 2 articoli sono stati identificati le norme e le ideologie sociali di genere.

Nel livello sociale dei fattori di rischio di vittimizzazione nell'articolo sopra citato non è stata specificata l'influenza di tali fattori di rischio per la sola perpetrazione o anche per la vittimizzazione.

Nella review, il 100% dei 20 articoli identificati ha incluso informazioni sui fattori di rischio, mentre solo il 30% ha presentato informazioni sui fattori protettivi, e la maggioranza degli articoli (90%) ha focalizzato i fattori di rischio e protettivi ai livelli individuale e relazionale, con pochi articoli che hanno esplorato i fattori di rischio e protettivi a livello comunitari e sociale.

Nel complesso, è risultata una attenzione maggiore per i fattori di rischio rispetto a quelli protettivi; infatti, solo una piccola percentuale di articoli ha individuato eventuali fattori protettivi, indipendentemente dal livello del modello di ecologia sociale.

Riferimenti bibliografici

- Abbey A., Jacques-Tiura A.J. (2011). Sexual assault perpetrators' tactics: associations with their personal characteristics and aspects of the incident. *Journal of Interpersonal Violence*, 26: 2866-2889.
- Abbey A., McAuslan P. (2004). A longitudinal examination of male college students' perpetration of sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72: 747-756.
- Abbey A., Parkhill M.R., BeShears R., Clinton-Sherrod A.M., Zawacki T. (2006). Cross-sectional predictors of sexual assault perpetration in a community sample of single African American and Caucasian Men. *Aggressive Behavior*, 23: 54-67.
- Abbey A., Jacques-Tiura A.J., LeBreton J.M. (2011). Risk factors for sexual aggression in young men: an expansion of the confluence model. *Aggressive Behavior*, 37: 450-464.
- Black M.C., Basile K.C., Breiding M.J., Smith S.G., Walters M.L., Merrick M.T., Chen J., Stevens M.R. (2011). *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2010 Summary Report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, November.
- Bonino S., Ciairano S., Rabaglietti E., Cattelino E. (2006). Use of pornography and self-reported engagement in sexual violence among adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 3: 265-288.
- Cantor D., Fisher B., Chibnall S., Townsend R., Lee H., Bruce C., Thomas G. (2015). *Report on the AAU Campus Climate Survey on Sexual Assault and Sexual Misconduct*. Washington, DC: Association Of American Universities, September.
- Cantor D., Fisher B.S., Chibnall S., Harps S., Townsed R., Thomas G., Lee H., Kranz V., Herbison R., Madden K. (2020). *Report on the AAU Campus Climate Survey on Sexual Assault and Misconduct*. Association of American Universities. Westat An Employee-Owned Research Coporation. Rockville, Maryland, Revised Jaanuary, 2020.
- Claussen C., Matejko E., Exner-Cortens D. (2022). Exploring risk and protective factors for adolescent dating violence across the social-ecological model: A systematic scoping review of reviews. *Frontiers in Psychiatry*. DOI: 10.3389/fpsy.2022.933433.
- Davis K.C., Neilson E.C., Wegner R., Danube C.L. (2018). The intersection of men's sexual violence perpetration and sexual risk behavior: a literature review. *Aggression and Violent Behavior*, 40: 83-90.
- DeGue S., DiLillo D., Scalora M. (2010). Are all perpetrators alike? Comparing risk factors for sexual coercion and aggression. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 22: 402-426.
- Edwards K.M., Sylaska K.M., Barry J.E., Moynihan M.M., Banyard V.L., Cohn E.S., Walsh W.A., Ward S.K. (2015). Physical dating violence, sexual violence, and unwanted pursuit victimization: A comparison of incidence rates among sexual-minority and heterosexual college students. *Journal of Interpersonal Violence*, 30: 580-600.
- Eileraas K. (2011). *Legal definitions of rape*. In *Encyclopedia of women in today's world*. Eds. Stange M.Z., Oyster C.K., Sloan J.E. Thousand Oaks, CA: Sage, 1205-1209.
- European Commission (2017). *Violent sexual crimes recorded in the EU*. Products Eurostat News in November.
- Eupedia (2020). *Crime Maps of Europe*.
- European Commission (2022). *Crime Statistics. Eurostat Statistics Explained*. Data extracted in June.
- Gidycz C.A., Warketin J.B., Orchowski L.M. (2007). Predictors of perpetration of verbal, physical, and sexual violence: A prospective analysis of college men. *Psychology of Men and Masculinity*, 8: 79-94.
- Hales S.T., Gannon T.A. (2022). Understanding sexual aggression in UK male university students: An empirical assessment of prevalence and psychological risk factors. *Sexual Abuse*, 34: 744-770.
- Istituto Nazionale di Statistica (Istat) (2015). *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia*. Giugno.
- Istituto Nazionale di Statistica (Istat) (2022). *I percorsi delle donne per uscire dalla violenza tra difficoltà e risorse. Principali risultati dell'Indagine sull'Utenza dei Centri Antiviolenza*. Anno 2021. Novembre.
- Kann L., McManus T., Harris W.A., Shanklin S.L., Flint K.H., Queen B., Lowry R., Chyen D., Whittle L., Thrnton J., Lim C., Bradford D., Yamakawa Y., Leon M., Brener N., Ethier K.E. (2018). Youth risk behavior surveillance-United States, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Surveillance Summaries*, 67: 1-114.
- Kilpatrick D.G., Resnick H.S., Ruggiero K.J., Conoscenti L.M., McCauley J. (2007). *Drug-facilitated, incapacitated, and forcible rape: A national study. Final report*. Whashington DC: U.S. Department of Justice.
- Koss M.P., Abbey A., Campbell R., Cook S., Norris J., Testa M., Ullman S., West C., White J. (2007). Revising the SES: A collaborative process to improve assessment of sexual aggression and victimization. *Psychology of Women Quarterly*, 31: 331-343.
- Krahé B., Berger A., Vanwesenbeeck I., Bianchi G., Chliaoutakis J., Fernández-Fuertes A.A., Fuertes A., Gaspar de Matos M., Hadjigeorgiou E., Haller B., Hellemans S., Izdebski Z., Kouta C., Meijnckens D., Murauskiene L., Papadakaki M., Ramiro L., Reis M., Symons K., Tomaszewska P., Vicario-Molina I., Zygaldó A. (2015). Prevalences and correlates of young people's sexual aggression perpetration and victimization in 10 European countries: a multi-level analysis. *Culture, Health and Sexuality*, 17: 682-699.
- Krebs C., Lindquist C., Berzofsky M., Shook-Sa B., Peterson K., Planty M., Langton L., Stroop J. (2016). *Campus Climate Survey Validation Study (CCSVS): Final Technical Report*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, January.
- Lyndon A.E., White J.W., Kadlec K.M. (2007). Manipulation and force as sexual coercion tactics: conceptual and empirical differences. *Aggressive Behavior*, 33: 291-303.
- Malamuth N.M., Sockloskie R.J., Koss M.P., Tanaka J.S. (1991). Characteristics of aggressors against women: Testing a model using a national sample of college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 670-681.
- Malamuth N., Linz D., Heavey C., Barnes G., Acker M. (1995). Using the confluence model of sexual aggression to predict men's conflict with women: A ten year follow-up study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69: 353-369.
- Merrick M.T., Basile K.C., Zhang X., Smith S.G., Kresnow M.-J. (2018). Characterizing sexual violence victimization in youth: 2012 National Intimate Partner and Sexual Violence Survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 54: 596-599.
- Morgan R.E., Oudekerk B.A. (2019). Criminal Victimization, 2018. U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs. Bureau of Justice Statistics. *Bulletin NCJ253043*, September.
- Muehlenhard C.L., Peterson Z. D., Humphreys T.P., Jozkowski K.N. (2017). Evaluating the one-in-five statistics: Women's risk sexual assault while in college. *Journal of Sex Research*, 54: 549-576.
- Mumford E.A., Potter S., Taylor B.C., Stapleton J. (2020). Sexual harassment and sexual assault in early adulthood: National estimates for college and non-college students. *Public Health Reports*, 135: 555-559.
- Rostad W.L., Gittins-Stone D., Huntington C., Rizzo C.J., Pearlam D., Orchowski L. (2019). The association between exposure to violent pornography and teen dating violence in grade 10 high school students. *Archives of Sexual Behavior*, 48: 2137-2147.
- Söchting I., Fairbrother N., Koch W.J. (2004). Sexual assault of women. Prevention efforts and risk factors. *Violence Against Women*, 10: 73-93.
- Tharp A.T., DeGue S., Valle L.A., Brookmeyer K.A., Massetti G.M., Matjasko J.L. (2012). A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. *Trauma, Violence and Abuse*, 14: 133-167.
- World Health Organization (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines.

Ridefinizione progettuale di percorso riabilitativo orientato alla mindfulness in una Comunità Terapeutica per Alcoldipendenze. *Il cavallo e la tartaruga*

Paolo de' Lutti[^]

Con Rosalie Bariola*, Fabio Dalla Vecchia^o, Sonny Raumer^o, Piera Zanetti^o,
Ferdinando Mallitti**, Fabiola Cumerlato**, Carlo Favaro**, Matilde Stimmatini**,
Chiara Dalla Pozza**

Nella mia lunga esperienza di medico e psicoterapeuta delle dipendenze, ho assistito ad un progressivo cambiamento del fenomeno, sia come espressività sociale che come manifestazioni cliniche.

Tutti gli operatori del settore conoscono come si sia complicato il quadro delle problematiche presentate a cui peraltro non è corrisposto un adeguato adattamento in ambito di proposte trattamentali.

Ma nel settore delle attività riabilitative di tipo residenziale, ho notato una maggiore tendenza a sviluppare proposte e protocolli più innovativi sia in ambito nazionale che internazionale.

In particolare le Comunità terapeutiche hanno attraversato un continuo e non facile processo di adattamento alla multiforme espressione delle sofferenze presentate dai pazienti negli ultimi decenni.

Su tale base, nel 2019 sono stato contattato da alcuni operatori della Fondazione San Gaetano di Vicenza, che da molti anni offre numerose proposte di cura e riabilitazione grazie a un ricco insieme di strutture polifunzionali.

In particolare Rosalie Bariola, psicologa e psicoterapeuta competente ed appassionata, mi ha presentato in modo chiaro la richiesta di una revisione ed un adattamento innovativo di un programma già esistente e denominato *No Potus*, che sta alla base del metodo trattamentale offerto presso la Comunità terapeutica *ai Casarotti* vicino a Torrebelvicino (Vicenza).

Una richiesta chiara quanto impegnativa.

Da subito è nata una collaborazione intensa ed efficace basata su interesse ed esperienze professionali ed umane costruite su decenni di vicinanza a persone e famiglie con storie di dipendenza.

Il mio personale approccio riabilitativo, descritto anche nel libro *Metafore illustrate e Mindfulness nel trattamento*

[^] Medico psicoterapeuta – Mindfulness Teacher. Servizio dipendenze legali HANDS – Bolzano.

** Operatori di Comunità terapeutica.

* Psicoterapeuta responsabile sede.

^o Psicoterapeuta.

delle dipendenze è stato un ulteriore elemento di interesse e condivisione.

Infatti un percorso riabilitativo orientato alla Mindfulness porta con se, inevitabilmente, i presupposti degli insegnamenti della Psicologia buddhista, che ho trovato particolarmente adatta agli attuali bisogni delle persone con problemi di dipendenza.

Nel tempo infatti, la mia formazione e pratica personale è stata esplicitamente supportata dai moduli esperienziali basati sulla Mindfulness, che hanno trovato conferme e supporto scientifico ampiamente validato in tutto il mondo.

I moduli MBSR, MBCT e MBRP in particolare, offrono di fatto le basi per una ridefinizione del proprio personale atteggiamento mentale nei confronti della sofferenza o della patologia da trattare.

Si può dire che la Mindfulness riguarda la possibile modifica di alcuni atteggiamenti e schemi mentali connessi allo stress ed alla sofferenza, che sono di fatto universali e accomunano anche, ovviamente, pazienti e operatori.

La mia mente è come la tua, diceva ai pazienti un mio Maestro, e ciò rappresenta un fatto facilmente verificabile.

Il percorso di ridefinizione progettuale e metodologica avviato nel 2019 ha purtroppo trovato un inevitabile rallentamento negli anni 2020 e 2021 a causa della pandemia, ma nel corso del 2022 siamo riusciti a definire il progetto finale in modo chiaro e nel corso del 2023 vi sarà una presentazione pubblica ai Servizi territoriali con la successiva pubblicazione di un testo dedicato.

Metodo

Il lavoro di ridefinizione progettuale e metodologica da me proposto e ampiamente condiviso in questi anni con il Team della Comunità *ai Casarotti* è partito dalla presentazione delle criticità strutturali, di servizio e di contenuto, ed in seguito anche dalla condivisione delle difficoltà personali degli operatori.

Infatti la pandemia è stata in certo qual modo un momento di disagio collettivo che ha fatto spesso da evidenziatore di criticità ed incertezze personali anche connesse alla dimensione professionale.

Sono stati strutturati incontri iniziali di *Brain Storming* che possono essere definiti come un mettere sul tavolo tutti i dubbi, le resistenze, le ansie, le frustrazioni connesse ad un lavoro molto nobile quanto difficile come quello che ci riguarda.

Inoltre durante il percorso vi sono stati anche diversi cambiamenti di operatori che sono stati sia un problema, sia un arricchimento per il team di lavoro.

Dopo la prima fase di confronto sulle criticità, si è avviato il lavoro sulla ridefinizione metodologica inerente in particolare un diverso approccio alla sofferenza degli utenti e al tipo di impegno personale da parte degli operatori.

Infatti il progetto ha richiesto una revisione personale delle competenze individuali nella resilienza, nella capacità di accogliere, nella capacità di condividere e di ascoltare gli altri e gli utenti, verso un migliore assetto di interazione umana basato su qualità personali che verranno proposte anche nel percorso riabilitativo, come la sincerità, la condivisione, la curiosità, il rispetto e la gentilezza.

Per una narrativa di riabilitazione

Nel titolo del lavoro parliamo di Alcoldipendenze, al plurale, a sottolineare la diversità di ogni esperienza di sofferenza presentata, e per indicare da subito che quel luogo, la Comunità terapeutica, può essere il momento dove imparare a riscrivere una nuova storia, con un orientamento fiducioso anche al futuro, fatto assai deficitario nei pazienti con lungo decorso di sofferenza come nella depressione e nelle dipendenze.

La metafora ed il linguaggio simbolico ben si prestano ad essere utilizzati come codice intra ed inter-relazionale che riassume il valore di alcune parole chiave che vanno a connotare gli strumenti e le strategie di un percorso riabilitativo.

Sappiamo della differenza tra un approccio psicoterapeutico “parlato” che fa riferimento alla neo-corteccia con intervento di una memoria *fredda* basato sul linguaggio, per arrivare poi alle associazioni emotive, e un approccio corporeo-fisico che privilegia i 5 sensi e l’immaginario.

Tali modalità note come *top-down* e *bottom-up* presentano alcune specifiche difficoltà in ambito clinico e riabilitativo, che possono essere minimizzate attraverso un approccio operativo di tipo simbolico.

Simbolo come elemento che permette di significare od evocare un valore ulteriore, più ampio rispetto a ciò che rappresenta, ma con la stessa *portata di senso*.

E così la metafora proposta come figura o immagine che facilita la connessione immaginativa e potenzia il significato di quanto presentato, per creare un ponte tra le *memorie congelate* e poter accedere a eventi non raccontabili.

E quindi coerentemente, durante il progetto di condivisione metodologica è stata accettata senza resistenze la mia proposta di cambiare il titolo del lavoro in corso, nominandolo come fosse una storia od una fiaba riabilitativa: *Il cavallo e la tartaruga*.

Nelle tradizioni e nella mitologia di molti popoli della terra, il cavallo rappresenta la forza pulsionale ed istintuale che può essere anche rischiosa se non viene canalizzata tramite lo sviluppo di una mente saggia.

E le dipendenze ed i comportamenti compulsivi possono essere analogamente domati attraverso lo sviluppo di nuove competenze di regolazione emotiva.

E la tartaruga, animale sacro in diverse culture, simbolo che rappresenta la creazione della Terra, ci ricorda la tenacia, la resilienza, la longevità, la lentezza, ed il contatto fiducioso con la terra.

Nel percorso riabilitativo proposto è importante per gli utenti, ed anche per gli operatori, acquisire “qualità tartaruga e qualità cavallo” attraverso esperienze pratiche che permettono di coniugare intenzione, pensiero, azione nel quotidiano.

Il metodo prevede infatti strumenti operativi specificamente orientati alla implementazione di detti contenuti, sia con proposte individuali che di gruppo.

Key Words

Abbiamo introdotto da subito questa definizione assai nota in ambito scientifico e congressuale per poter facilmente fotografare e implementare alcuni concetti ed elementi procedurali in modo facilmente riconoscibile.

In particolare alcuni concetti chiave ed alcune metafore sono facilmente condivisibili con le basi della Psicologia buddista e quindi della Mindfulness, un fatto questo che ha fatto da ponte tra il pensare e l’agire.

Ed ecco che Key Words come consapevolezza, intenzione, gentilezza, pazienza e disciplina mentale sono divenute molto familiari nel lavoro del team.

Ed infatti come insegnano molti maestri di meditazione, queste competenze emotive e cognitive sono realmente come dei semi che vanno seminati nel nostro campo-conoscenza in modo intenzionale, e coltivati con amore, fiducia e disciplina.

Fin dall’inizio del progetto è stata condivisa la metafora e la chiave simbolica connessa al “terreno da coltivare” perché di fatto ogni storia personale che si presenta può essere intesa come partire da un terreno arido per seminare delle competenze, e raccogliere poi i frutti in modo consapevole e fiducioso.

E per dirla con Thich Nhat Hanh, maestro vietnamita di meditazione: *è proprio nel terreno della sofferenza che possiamo contemplare il benessere, proprio come è nell’acqua fangosa che il fior di loto cresce e fiorisce.*

Negli incontri di formazione sul progetto si è voluto mantenere un approccio rigoroso, scientifico, non fideistico, ma allo stesso tempo aperto allo sviluppo di competenze meno “cognitive” ma altrettanto rilevanti per il benessere personale, come la fiducia, la gentilezza e la compassione, molto enfatizzate negli insegnamenti della psicologia buddista, ma molto necessari per le problematiche di “tutti noi occidentali”.

Ed in seguito ho proposto alla Direzione della Fondazione San Gaetano di organizzare un evento di tipo intensivo sulla Mindfulness, di 2 intere giornate, svolto nel corso del 2021 aperto ai collaboratori di varie strutture afferenti alla Fondazione, con finalità di conoscere direttamente le pratiche, gli esercizi, e la filosofia di fondo che supporta gli insegnamenti della Mindfulness.

Una visione ecologica integrata

Il cavallo e la tartaruga, evoluzione del già sperimentato metodo No Potus, vuole intendere la cura della sofferenza connessa all'uso di sostanze come possibilità di uscita da una modalità di vita molto inaridita, condizionata da una "cultura dell'eccesso" che parla spesso lo stesso linguaggio della dipendenza.

Questa rinnovata Vision del trattamento doveva essere ispirata ad un buon *Recovery* da intendersi come un personale arricchimento basato sullo sviluppo di nuove competenze di mente e di cuore. E basato anche su nuove attenzioni al proprio ambiente interno, in senso lato, e parallelamente anche all'ambiente esterno inteso come "intenzionalità amorevole di cura" verso la terra su cui camminiamo e verso l'aria che respiriamo.

Le competenze attivate durante il percorso comunitario, ad esempio tramite una continua, attenta, consapevole vigilanza sulla raccolta differenziata, andranno ad orientare una nuova attenzione ecologica verso se stessi, verso gli altri, verso l'ambiente.

Ecco che il concetto di *visione ecologica integrata* inizialmente piuttosto oscuro da concretizzare, è divenuto progressivamente familiare per gli operatori coinvolti.

La riabilitazione psico sociale, che prepara di fatto ad un rientro "in quella società la fuori" necessita di creare dei supporti motivazionali tangibili come quello di una rinnovata attenzione alla salute individuale e collettiva, compresa quella del rispetto alla dimensione naturale.

La pratica di Mindfulness come quella della *camminata meditativa* è perfetta in tal senso, e può essere facilmente proposta abitualmente agli utenti della Comunità Terapeutica, invitandoli a portare sempre una attenzione gentile, intenzionale, motivata, alle sensazioni e percezioni corporee connesse al camminare, al respirare e al muoversi nella natura. Il territorio circostante la Comunità Terapeutica si presta molto bene alla messa in pratica dei principali insegnamenti acquisiti e offre spazi di coltivazione e di accudimento dell'orto, sentieri dedicati per la pratica di consapevolezza corporea e meditativa, compreso un "bosco parlante" dove alcuni cartelli in legno appesi alle piante riportano parole-chiave come gentilezza, fiducia, consapevolezza, presso cui sostare, ascoltare, praticando momenti di consapevolezza, anche su situazioni difficili.

Momento rilevante per poter investire nuove competenze anche nella modulazione e gestione di futuri possibili episodi o momenti di *Craving*.

Parole che diventano anche elementi di una nuova, semplice ritualità terapeutica che permette di tornare ad una nuova ri-connessione con l'ambiente naturale, da sempre depositario di saggezza incentrata su ritmi e dinamiche che parlano lo stesso linguaggio della nostra più profonda struttura psico fisica e spirituale.

Passare da una profonda dis-connessione ad una nuova capacità di connessione è certamente un elemento di alta potenzialità terapeutica anche in ambito socio relazionale.

Infatti alla fine del percorso in comunità, gli utenti possono partecipare ad incontri a cadenza mensile, in modalità diretta o anche on-line a conduzione di operatori del team terapeutico, con la finalità di mantenere viva la condivisione, la solidarietà e l'ascolto.

Questa esperienza di formazione e condivisione ha permesso inoltre di ridefinire e rinforzare l'assetto motivazionale di tutto il team terapeutico, che ha ritrovato forza, fiducia, e condivisione, elementi assai importanti per una efficace presenza terapeutica nella operatività quotidiana.

Ad inizio 2023 la formazione si è conclusa con la partecipazione a tre incontri intensivi specificamente dedicati alla pratica di Mindfulness implementata e focalizzata su specifici esercizi e pratiche esperienziali da trasferire nel quotidiano, caratterizzando in particolare alcuni momenti terapeutici individuali e di gruppo, che assumono una nuova potenzialità, come indicato anche da consolidate pratiche sviluppate da Marsha Linehan nella sua conosciuta Dialectical Behaviour Therapy.

Come noto, nel trattamento DBT la prima delle qualità personali da sviluppare è proprio la competenza della *Mindfulness* intesa come capacità di riconoscere, accettare, modulare la sofferenza e le dinamiche impulsive, tramite una attenta pratica personale e di gruppo, per poter *rispondere* in modo diverso agli stimoli e alle pressioni del quotidiano, anziché *reagire* automaticamente.

Conclusioni

Il lavoro di gruppo, partito dalla necessità di una ridefinizione progettuale, ha permesso di ristrutturare una Vision di riferimento operativo che riunisce efficacemente diversi principi ispiratori, scientifici e spirituali, ma orientati ad una accettazione e validazione della sofferenza personale, con l'obiettivo di costruire nuove competenze emotive e cognitive, idonee ad un *Recovery* efficace e di lungo periodo.

Riferimenti bibliografici

- Begarani M. (2016). *Mindfulness e Comunità terapeutica. Un modello orientato alle DBT Skills*. Universitas Studiorum.
- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. (2013). *Mindfulness e comportamenti di dipendenza*. Raffaello Cortina.
- Leopold A. (2023). *Pensare come una montagna. A sand county almanac*. Piano B.
- Metzger D. (1994). *Scrivere per crescere. Una guida per i mondi interiori*. Astrolabio Ubaldini.
- Nhat Hanh T. (2019). *Pratiche di consapevolezza. Antologia essenziale di meditazioni per vivere il momento presente con gioia e felicità*. Terra nuova Edizioni.
- Paolo de' Lutti (2014). *Metafore illustrate e Mindfulness nel trattamento delle dipendenze*. FrancoAngeli.
- Rechels K., Bydlinski C. (1994). *Amicizia con la terra*. Edizioni Il Punto di incontro.
- Tetsugen Serra C. (2019). *Urban Zen*. Cairo Editore.

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



Smetto quando non voglio: lo smart training orientato DBT per i consumatori di cocaina

B. Bassini*, D. Lin[^], G. Giura^o

SUMMARY

■ *We report here the experimentation of a group of cocaine users facing two SERDP offices in the province of Bologna enlisted by the reference operators on a “smart” Skills training program of 10 meetings. The candidates were 8 male, with a fluctuating relationship with substances characterized by periods of abstinence and periods of resumption of use often in conjunction with relationship difficulties or emotional crises.*

All the candidates were socially integrated with a regular job, 3 of them were married with offspring and all had contacted the Relationship Service with a partner or a family member who was the first to see the urgency of asking for help for the dysfunctional behavior of the relative. 4 out of 8 patients were in individual psychotherapy with the group leader who suspended individual interviews in favor of skills training for the entire duration of the group, the others benefited from psycho-social and educational support from a professional educator.

All patients underwent the PID 5 test in the diagnostic phase and the pre-treatment phase was treated in terms of opportunity and commitment.

After the 10 skills sessions, the patients will be followed up individually by taking the dbt forms and group follow-ups will be organized at 3 and 6 months.

The results we report are in terms of frequency (average 66.6%), active participation and evaluation of the experience by problem consumers. ■

Keywords: *Experimentation, Dialectical behavior therapy – DBT, SERDP, Cocaine, Group therapy, Innovation.*

Parole chiave: *Sperimentazione, Terapia dialettico comportamentale – DBT, SERDP, Cocaina, Terapia di gruppo, Innovazione.*

La Terapia Dialettico Comportamentale (Dialectical Behavior Therapy-DBT) fa riferimento a Marsha Linehan, professore di Psicologia Clinica presso la Washington University di Seattle (USA) originariamente sviluppato per soggetti con condotte parasuicidarie e in seguito applicato a soggetti con Disturbo borderline di personalità.

Numerosi studi empirici hanno mostrato l'efficacia della terapia dialettico comportamentale che dal 2001 è inclusa nelle linee guida dell'American Psychiatric Association e tra le terapie evidence based delle linee guida NICE dal 2009. Nel corso del tempo la terapia dialettico comportamentale si è adattata ad altre condizioni psicopatologiche in cui la disregolazione emotiva gioca un ruolo importante quali i disturbi alimentari (Telch *et al.*, 2001; Safer *et al.*, 2001)

e la dipendenza da sostanze (Linehan *et al.*, 1999; Linehan *et al.*, 2002; Di Meff, 2012) ma anche della suicidarietà in adolescenza (Rathus e Miller, 2016) e il Disturbo Post traumatico da Stress (PTSD) (Bohus *et al.*, 2017).

La DBT standard prevede terapia individuale e di gruppo (apprendimento di competenze, skills, supporto e confronto dialettico) e la necessità di creare un team multiprofessionale di operatori formati.

Questo modello di riconosciuta efficacia ha spesso trovato difficoltà di applicazione sia nei Centri di Salute Mentale che nei SERDP per l'investimento sul trattamento e la formazione che deve essere deciso e sostenuto dalle Direzioni dei Dipartimenti.

Nel caso dei SERDP, le difficoltà iniziano dalla diagnosi di disturbo borderline di personalità non sempre individuabile quando il paziente è in fase attiva date le alterazioni delle sostanze sul comportamento, l'emotività e le relazioni con l'ambiente ma non mancano anche gli ostacoli organizzativi in Servizi costruiti negli anni '90 e focalizzati

* Psicologa psicoterapeuta. Incarico di Alta Specializzazione disturbo di personalità e uso di sostanze SERDP SUD Bologna

[^] Educatore professionale SERDP SUD Bologna.

^o Educatore professionale SERDP Pianura Bologna.

sulla cura dei pazienti eroinomani e sulla somministrazione di farmaci sostitutivi.

Da circa due anni i SERDP a Bologna sono coinvolti all'interno del Dipartimento, nella formazione DBT Regionale e gli operatori sono invitati ad interrogarsi sulle ricadute operative sui Servizi: impostazione e strumenti diagnostici, percorsi terapeutici, interventi di gruppo ed individuali, valutazione di esito.

Sia la nostra Regione che le UOC del Dipartimento sostengono l'attuazione di questo modello nei nostri Servizi e la Regione Emilia Romagna in particolare cura la ricerca in questo campo (linee di indirizzo sui gravi disturbi di personalità 2012 a cura di M. Sanza, ad oggi in aggiornamento).

L'idea di utilizzare alcuni moduli di questo modello di intervento è maturata a seguito dell'ingresso in trattamento di numerosi consumatori di cocaina che ad oggi accettano solo l'intervento psicologico.

Nei Servizi per le Dipendenze Patologiche in Italia si assiste ad un incremento degli accessi per questo tipo di patologia e il consumo di cocaina in Europa è al terzo posto dopo alcool e cannabis (EMCDDA, 2022).

Questi consumatori spesso si rivolgono al Servizio perché spinti dalla famiglia o dal/dalla partner, quando non da "incidenti" stradali o legali e presentano una scarsa motivazione al trattamento, spesso rifiutano la terapia farmacologica che viene loro suggerita dal medico e conservano una visione del Servizio stigmatizzante non riconoscendosi nel tipo di utenza "dipendente" dal SERDP.

Questi consumatori, quando non compromessi cognitivamente o con altre diagnosi in asse 1 del DSM4, solitamente conservano il lavoro, si sentono integrati e appare più che mai importante lavorare con queste persone in termini psicologici, relazionali e motivazionali proponendo percorsi brevi ma intensivi.

Riguardo al trattamento molti sono stati gli autori che, lavorando con questo tipo di utenza, hanno riportato esperienze significative suggerendo alcuni strumenti della terapia cognitivo-comportamentale che consideriamo ad oggi strumenti validi per il monitoraggio del consumo e del craving come l'analisi funzionale e il diario del craving e che hanno sperimentato con successo percorsi brevi e di gruppo (Carrol, 2001; Consoli, 2016; Rigliano e Bignamini, 2009; Cinquegrana e Bussola, 2007).

Riportiamo qua la sperimentazione di un gruppo di consumatori di cocaina afferenti a due sedi SERDP della provincia di Bologna arruolati dagli operatori di riferimento su un programma di Skills training DBT "smart" di 10 incontri.

I pazienti

I candidati sono stati 8 di genere maschile, con un rapporto altalenante con le sostanze (cocaina e alcol) caratterizzato da periodi di astinenza e periodi di ripresa dell'uso spesso in concomitanza di difficoltà relazionali o crisi emotive.

Tutti i candidati erano e sono integrati socialmente con un'occupazione lavorativa regolare, 3 di loro coniugati con prole e tutti avevano preso contatto con il Servizio per il vincolo con la partner o un familiare che per primo/aveva visto l'urgenza di chiedere aiuto per comportamenti disfunzionali del congiunto.

4 pazienti su 8 erano in psicoterapia individuale con la conduttrice del gruppo che ha sospeso i colloqui individuali a favore dello skills training per tutta la durata del gruppo, gli altri usufruivano del supporto psico-sociale ed educativo da parte dell'educatrice professionale co-terapeuta del gruppo.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti al test PID 5 nella fase diagnostica ed è stata curata la fase pretrattamento in termini di opportunità ed impegno utilizzando le strategie DBT anche in questa fase.

La restituzione dei test è stata curata secondo il modello Good Psychiatric Management di J.G. Gunderson ed è stata utile per trovare insieme al terapeuta un terreno comune di lavoro. Inoltre l'analisi dei test ha dato importanti suggerimenti agli operatori circa i candidati al gruppo e alle caratteristiche di personalità comuni.

La scelta del modello DBT è stata suggerita da:

- comportamenti disregolati emotivamente e disfunzionali;
- difficoltà a gestire il "vuoto": tempo libero che creava ansia e desiderio della sostanza;
- scarsa conoscenza di sé e scarse capacità riflessive;
- tratti (PID5) relative alla labilità emotiva, la depressione e l'anedonia rappresentavano il terreno comune di questi consumatori.

Durante il primo incontro di gruppo è stata mostrata anche la scala di valutazione Zanarini che è stata compilata collettivamente in forma anonima i cui risultati ci mostrano che i pazienti soddisfano 5 su 9 criteri del Disturbo di personalità con chiara prevalenza di rabbia, paranoia, impulsività, instabilità emotiva e relazionale.

Rabbia intensa e inappropriata o difficoltà nel controllare la rabbia	3
Instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore	7
Sentimenti cronici di vuoto	0
Disturbo dell'identità: marcata e persistente instabilità della propria personalità o percezione di se stessi	1
Ideazione paranoide passeggera collegata allo stress o sintomi dissociativi gravi	5
Sforzi frenetici per evitare abbandoni reali o immaginari	0
Ricorrentecomportamento suicidario, o gesti, minacce oppure comportamenti auto-mutilanti	0
Impulsività almeno in altre due aree che sono potenzialmente autodistruttive	7
Casi di relazioni interpersonali instabili ed intensi caratterizzati da alteranza tra eccessi di idealizzazione e svalutazione	6

Considerando questi fattori: impulsività, instabilità affettiva, rabbia e relazioni interpersonali instabili e ambivalenti insieme ai risultati del test PID 5 (labilità emotiva, depressione, angoscia di separazione, anedonia insieme a momenti di insensibilità e grandiosità e tendenza a correre rischi) abbiamo costruito un percorso terapeutico orientato alla DBT rispettando il modello per la *strutturazione della seduta*:

- mindfulness;
- compiti compilati dal paziente infrasettimanalmente;
- momento psico-educativo spiegando e analizzando la skill da apprendere;
- assegnazione e spiegazione delle schede sulle skills da compilarsi per la volta successiva;
- mindfulness finale;
- durata 1h e mezza;
- sede non SERDP.

Le regole riguardavano: la frequenza al gruppo almeno dell'80%, l'astensione dall'uso di sostanze, l'uso del cellulare da spegnersi durante la seduta, il rispetto del contesto e dei partecipanti secondo gli assunti DBT (no giudizio, invalidazione, rispetto dei turni di parola).

Gli obiettivi riguardavano:

- Una maggior consapevolezza delle emozioni e delle reazioni ad esse o ad eventi stressanti.
- Miglior gestione del craving.
- Aggiustamenti rispetto all'uso.
- Maggiore comunicazione dei propri limiti e dei propri obiettivi.
- Una migliore qualità della vita.
- Migliore gestione dell'impulsività.

La valutazione è stata fatta tramite un questionario costruito dagli operatori del team che si è costituito intorno al progetto e che si ritrovava settimanalmente per circa 2 ore.

Risultati

I risultati sono stati registrati attraverso un questionario costruito dagli operatori e discusso durante l'ultimo incontro. Inoltre è stato effettuato il follow up a distanza di 3 mesi dove è stato predisposto un altro questionario e si è somministrata la scala Zanarini "in uscita" e previsto un altro a distanza di 9 mesi dalla fine del gruppo.

La partecipazione al gruppo è stata in media del 66,6% (5 su 8), i pazienti hanno riconosciuto l'utilità del trattamento in una percentuale del 100%.

Sono risultate utili ai partecipanti tutte le skills: mindfulness, tolleranza alla sofferenza, regolazione emotiva ed efficacia interpersonale e hanno utilizzato in misura maggiore le prime due (mindfulness e tolleranza alla sofferenza).

Le regole sono state accettate e condivise e non si sono verificati comportamenti distruttivi per il gruppo.

I pazienti dichiarano tutti di non aver usato sostanze prima del gruppo.

Gli strumenti suggeriti durante il trattamento che i partecipanti hanno considerato più efficaci sono: il diario delle emozioni, la mindfulness, l'uso del ghiaccio in situazioni di crisi.

I pazienti si sono sentiti compresi nelle loro difficoltà ed hanno riportato di aver sentito gli operatori più vicini emotivamente.

Suggerimenti dei pazienti partecipanti al gruppo

La catena comportamentale (analisi del comportamento costruendo una sequenza di passaggi dalla vulnerabilità emotiva, ai fatti, alla perdita di controllo) è risultata particolarmente partecipata e gradita.

I pazienti ci suggeriscono un ampliamento di questo momento di riflessione sui loro comportamenti e chiedono per eventuali edizioni successive esercitazioni pratiche sulle skills come il role playing.

Gli operatori continueranno la formazione DBT Regionale e si sono organizzati insieme ad altri operatori del Dipartimento per un calendario di 7 incontri annuali in cui confrontarsi ed approfondire lo studio delle skills (intervisioni).

Il follow up di gruppo a 3 mesi (Vedi Tabella).

Presenti 3 pazienti su 5.

N. uso di sostanze negli ultimi 3 mesi (settimanale o mensile)

Tutti riportano una migliore gestione del craving e dei momenti di vuoto e noia.

Aree riconosciute di miglioramento

Uso di sostanze in termini di riduzione delle assunzioni.

Gestione emotività, capacità di non entrare immediatamente in azione.

Gestione sofferenza e frustrazioni, uso di strategie di tolleranza alla sofferenza.

Gestione vuoto e noia, miglioramento in tutti i partecipanti.

Gestione relazioni interpersonali, modalità comunicative più idonee ai contesti.

Qualità della vita, decisioni a favore: cambio di lavoro, attività fisica.

Riflessioni

È possibile una migliore qualità della vita.

Bisogni emersi

Non essere più "incazzato".

Cambiare, cambiare e ancora cambiare.

I pazienti riportano una maggiore capacità di riconoscere le emozioni e darci un nome, riconoscono il valore della validazione, concetto per il quale hanno particolare attenzione soprattutto nell'interazione con i propri figli.

Ricordano inoltre il concetto di mente saggia e della necessità di prendere decisioni in condizioni di equilibrio.

Molti di loro hanno attuato importanti cambiamenti nella loro vita (attività fisica e calo di peso, un cambio di lavoro a seguito di un periodo lavorativo di grande stress) e conservano ad oggi un grande desiderio di cambiamento sulle loro aree disfunzionali.

Rimangono aree critiche per alcuni di loro rispetto alla gestione dell'impulsività e il consumo di sostanze è ancora presente malgrado tutti concordino che gli sforzi fatti hanno diminuito il consumo rispetto ai loro standard.

Perché investire sulla DBT? Conclusioni e prospettive future

La DBT è senza dubbio un investimento e non è un percorso facile: richiede motivazione, impegno e formazione per gli operatori, chiede ai nostri pazienti dei patti chiari che vanno esplicitati e la possibilità di drop out rimane alta come in altri tipi di intervento. Riteniamo che questa sperimentazione sia stata formativa per noi e utile agli utenti ma rimane l'obiettivo di seguire un protocollo standard e di riuscire a creare un dispositivo di 24 sedute riuscendo ad interagire con altri Servizi del Dipartimento. La fase pretrattamento si è rivelata essenziale per contenere i drop out: tutti i pazienti che hanno "droppato" erano stati inseriti nel gruppo senza il tempo per svolgere questa fase con più calma.

La DBT rimotiva gli operatori al trattamento, crea uno spazio di condivisione profondo tra i professionisti che intervengono sul paziente, ci insegna a non essere giudicanti e a non innescare il pilota automatico.

In questo caso gli operatori hanno acquisito maggiore padronanza dello strumento e hanno goduto di un clima emotivo favorevole, impregnato di emozioni, validazioni e mancanza di giudizio da proporre e sperimentare anche nelle nostre riunioni di Servizio.

Il rapporto di noi operatori e gli utenti è stato ridisegnato sia da noi che da loro e possiamo dire che la DBT riposiziona il nostro ruolo ponendoci a fianco e non di fronte al paziente.

Per gli psicologi, qualsiasi siano i nostri modelli di riferimento, occorre pensare alle diverse sfaccettature della terapia Dialettico Comportamentale, dove è stato possibile in termini psicoanalitici, riuscire a vedere i punti di debolezza del Falso Sé e lavorare a favore di una visione e di sensazioni più autentiche, in un ottica sistemica esce invece dagli stereotipi del consumatore vittima o carnefice.

Il percorso è senza dubbio più lungo della TCC (Terapia Dialettico Comportamentale) ma ci è risultato essere maggiormente collegato alla dimensione emotiva e relazionale, aprendo la possibilità a cambiamenti più profondi ed elaborati.

Rimane comunque il grande valore, che entrambi gli approcci hanno in comune, dell'automonitoraggio del paziente e della sua responsabilizzazione nel percorso terapeutico.

Per i nostri utenti cocainomani questi appuntamenti sono stati una scoperta che hanno accolto con entusiasmo tanto che ci siamo sentiti di proporre per il prossimo anno due tranches di 12 sedute con leader e co-leader che si avvicenderanno tra SERDP e CSM con la possibilità di costruire un team tra i due Servizi.

Le persone del gruppo "Smetto quando non voglio" si dichiarate disponibili a continuare l'esperienza e ad approfondire le skills e questo proposito ci accomuna in vista del raggiungimento dei loro obiettivi e della crescita e dell'innovazione dei nostri Servizi.

Riferimenti bibliografici

- Carrol K.M. (2001). *Trattamento della dipendenza da cocaina: approccio cognitivo comportamentale*, a cura di A. Consoli. Centro Scientifico.
- Cinquegrana A., Bussola T. (a cura di) (2007). *Cocaina; da piacere a patologia. L'esperienza di un trattamento non farmacologico ambulatoriale*. FrancoAngeli.
- Cinquegrana A., Bussola T., Rigliano P. (2015). *Cura della dipendenza da cocaina. Indicazioni cliniche e organizzative per il trattamento dei pazienti integrati socialmente*. FrancoAngeli.
- European Drug report 2022, EMCDDA.
- Gunderson J.G. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. American psychiatric pub.
- Linehan M. (2015). *DBT Skills Training Manual. Second Edition*. Raffaello Cortina Editore.
- Linehan M. (2015). *DBT Skills Training. Schede e fogli di lavoro*. Raffaello Cortina Editore.
- Linehan M.M., Comtois K.A., Murray A.M., Brown M.Z., Gallop R.J., Heard H.L., Korslund K.E., Tutek D.A., Reynolds S.K., Lindenboim N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63(7): 757-66.
- Linehan et al. (2006). *NIMH 3 Two-Year Randomized Control Trial and Follow up of DBT*.
- Linehan M.M., Dimeff L.A., Reynolds S.K., Comtois K.A., Welch S.S., Heagerty P., Kivlahan D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1): 13-26.
- Linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna sui DGP (2012).
- Rathus e Miller (2016). *Manuale DBT per adolescenti*. Raffaello Cortina Editore.
- Rigliano P., Bignamini E. (2009). *Cocaina: consumo, psicopatologia, cambiamento*. Raffaello Cortina Editore.
- Safer e Telch (2011). *Binge eating e Bulimia. Terapia dialettico comportamentale*. Raffaello Cortina Editore.
- Sanza M. (2012) (a cura di). *Linee di indirizzo sui Disturbi Gravi di Personalità*. Regione Emilia Romagna.

L'attività di prevenzione primaria e il ruolo svolto dall'assistente sociale del Ser.D.

Aurora Trotta*, Donato Donnoli**

SUMMARY

■ *This paper focuses attention on one of the types of social interventions that see the commitment of the Ser.D. concerning the design and implementation aspects of primary prevention activities aimed at intervening in so-called "health promotion".* ■

Keywords: *Primary prevention, Ser.D., Health promotion.*

Parole chiave: *Prevenzione universale, Ser.D., Promozione della salute.*

Tra le tipologie di intervento sociale che vedono l'impegno dei Ser.D., vi è quella riguardante l'attività di prevenzione primaria tesa ad intervenire sulla cosiddetta "promozione della salute" che coinvolge la popolazione nel suo contesto di vita e non si rivolge unicamente a gruppi a rischio di malattia o disagi specifici. In tal senso l'attività di prevenzione primaria attuata dai Ser.D. riveste notevole valenza di impegno nel sociale in quanto tesa a contribuire non solo alla realizzazione di tutti quegli interventi utili ad impedire l'insorgenza di un danno al benessere fisico e psichico della persona, ma si offre anche alla promozione dello sviluppo di condizioni ottimali di vita nel singolo e nella comunità. In tal senso, della prevenzione, e della prevenzione primaria (o universale) in particolare, fanno parte quelle azioni che cercano di rendere presenti nella società condizioni tali che aumentino le possibilità individuali, familiari e di gruppo di raggiungere e mantenere accettabili livelli di qualità di vita.

Già nell'atto costitutivo (D.M. 444/1990) degli allora denominati Ser.T. (attualmente Ser.D.), tali servizi venivano indicati (art. 3 del D.M. 444/1990) come "strutture di riferimento" sia per la cura e, al pari, sia per la prevenzione delle dipendenze.

In occasione della costituzione, nel 1946, della Organizzazione Mondiale della Sanità venne fornita la definizione di salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o infermità".

Il raggiungimento e/o il mantenimento di questo stato di benessere fisico, mentale e sociale deve essere costantemente promosso, come auspica la "Carta di Ottawa per la promozione della salute" presentata, nel 1986, dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.

In tale documento si chiarisce che: "Per promozione della salute si intende il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo devono essere in grado di iden-

tificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvi".

La *Carta di Ottawa* indica inoltre che la promozione della salute "poggia sulla formazione del cittadino, sull'impatto dell'ambiente e sul coinvolgimento della comunità".

Per sostenere la promozione della salute vanno, perciò, attuati interventi di ordine sociale e sanitario che devono, sulla base di quanto indicato nella *Carta di Ottawa*, integrarsi tra di loro.

Per quanto attiene gli interventi rivolti alla popolazione, con la Legge n. 142/1990 e la Legge n. 328/2000 i Comuni assumono un ruolo di indirizzo e di organizzazione nei "settori organici dei servizi sociali".

Il Comune è, quindi, il riferimento territoriale per tutte quelle azioni tese alla promozione della salute di adolescenti, giovani e adulti e alla prevenzione di situazioni di emarginazione e di disagio sociale.

Occorre sottolineare che l'efficacia di queste attività, rivolte sia ai giovani che agli adulti, dipende dalla definizione di obiettivi condivisi e da una progettualità che preveda modalità di coordinamento e comunicazione tali da consentire la effettiva messa in rete delle risorse e delle diverse competenze, istituzionali e professionali.

Nell'ambito delle offerte operative che questa rete può fornire, il Ser.D. assicura lo svolgimento di collaborazioni finalizzate ad attività di prevenzione primaria evitando di incorrere nell'errore di svolgere le attività di prevenzione primaria in modo discontinuo e non programmato.

La definizione degli obiettivi è una tappa fondamentale nell'attuazione di un intervento di prevenzione primaria.

I principali obiettivi di intervento per la prevenzione primaria individuati dal Ser.D. sono:

- attuare interventi di informazione sui rischi dell'uso o dell'abuso di sostanze psicotrope (come richiede l'art. 3 comma 3 lettera b del D.M. 444/1990);
- attuare interventi di informazione sui rischi legati al possibile svilupparsi di "dipendenza senza sostanza" (ad es. *gaming, gambling*, ecc.);
- favorire la modifica degli stili di vita che comportano rischi per la salute attraverso l'assunzione di responsabilità dell'individuo rispetto alla sua salute e a quella degli altri;

* *Dottoranda in Scienze e tecniche del servizio sociale, Università Sapienza-Roma.*

** *Medico-Farmacologo. Direttivo Nazionale FeDerSerD.*

- attuare momenti formativi con il cittadino mettendo al centro del proprio interesse l'ambiente e la comunità;
- promuovere un miglioramento del livello sociale dell'individuo (lavoro, relazioni interpersonali soddisfacenti, partecipazione ad associazioni, ecc.).

Questi obiettivi pongono l'attenzione al benessere della persona visto in tutta la sua complessità comprendendo anche il contesto in cui tale persona vive ed ha le sue relazioni.

La comunità territoriale rappresenta lo sbocco naturale dove confluiscono i bisogni individuali e dei gruppi.

Il primo passo da compiere, perciò, nella fase preparatoria di un programma di intervento di prevenzione primaria, è la "lettura dei bisogni" dei singoli e dei gruppi di appartenenza a quella data comunità.

Questa fase di "lettura dei bisogni" viene svolta, prevalentemente, dall'assistente sociale del Ser.D. essendo questi il professionista che si occupa e lavora nel sociale.

Anche la fase di stesura, attuazione e valutazione del programma di intervento di prevenzione primaria vede una attiva partecipazione dell'assistente sociale del Ser.D. che provvede ad individuare:

- gli ambiti sociali territoriali e la loro evoluzione;
- i diversi *gruppi bersaglio* (gruppi di persone che possiedono caratteristiche comuni in termini di attività, interessi, ecc.);
- i diversi obiettivi e i metodi per mettere in atto il programma;
- i mezzi necessari per condurre a buon fine il programma.

Nella fase di attuazione del programma, l'assistente sociale del Ser.D. partecipa allo svolgimento dell'intervento di prevenzione primaria occupandosi di facilitare e filtrare il collegamento di rete tra il servizio e il territorio con l'intento di monitorare l'andamento dello svolgimento del programma. Per quanto riguarda la valutazione del programma, l'assistente sociale del Ser.D. raccoglie ed analizza i giudizi espressi dai partecipanti al programma di intervento per apprendere dall'esperienza fatta e trarne possibili spunti operativi per eventuali ulteriori azioni di intervento.

Anche per quanto riguarda l'attività di prevenzione primaria che il Ser.D. svolge nelle scuole, occorre tener conto della evoluzione che, nel corso degli anni, ha avuto il concetto di salute al fine di poter individuare appropriate azioni di intervento utili al-

la crescita umana e sociale del giovane. Uno dei punti di forza, quando si impostano programmi di interventi di prevenzione primaria nella scuola, è dato dalla possibilità di rivolgersi ad una fascia ben definita di soggetti.

Ciò comporta che il programma di intervento può rivolgersi a *target* precisi e in particolare al "gruppo classe" inteso come "gruppo dei pari".

L'assistente sociale del Ser.D. cura inoltre, altre attività di ascolto, supporto e sostegno nelle scuole finalizzate ad offrire collaborazione alle attività dei CIC (Centri di Informazione e Consulenza) previsti all'interno delle Scuole Secondarie Superiori come luogo reale di incontro tra studenti, docenti, famiglie e servizi socio-sanitari per svolgere da un lato attività informative e/o formative (incontri, dibattiti ecc.) e, dall'altro lato, accogliere, fornendo consulenze, le richieste di aiuto e sostegno degli adolescenti.

Con i CIC, l'assistente sociale del Ser.D. si propone, pertanto, come una risorsa da contattare per eventuali interventi informativi, formativi e consulenziali.

È da rilevare, infine, che l'importanza dei Ser.D. nelle attività dei CIC è sottolineata dal fatto che questi centri di informazione e consulenza sono stati istituiti dal D.P.R. 309/1990-Testo Unico in materia delle tossicodipendenze (art. 106).

Riferimenti bibliografici

Carta di Ottawa per la promozione della salute (Ottawa Charter for Health Promotion). Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute Ottawa, Canada, 7-21 novembre 1986.

Legge 8 giugno 1990, n. 142 *Ordinamento delle autonomie locali; pubblicata in G.U. 12 giugno 1990, n. 135, S.O.*

Legge 8 novembre 2000, n. 328. *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali; pubblicata sulla G.U. del 13 novembre 2000.*

Mariani U. (2001). *Educazione alla salute nella scuola. Costruzione del benessere e prevenzione del disagio.* Trento: Edizioni Erickson.

Tiberio A., Fortuna F. (2001). *Dizionario del sociale.* Milano: FrancoAngeli.

Van der Stel J., Voorderwind D. (2001). *Manuale di prevenzione alcool, droghe e tabacco.* A cura di A.L.T. Onlus. Milano: FrancoAngeli.

RECENSIONE



Roberta Mangili

TORNA PRESTO. UNA STORIA STUPEFACENTE

Collana: Voci
euro 16,00
Editore: Scatole Parlanti

Annalisa è una tossicodipendente grave che da molto tempo vive in strada. La sua vita è complicata, piena di affanni e ricordi angoscianti. Durante il soggiorno in una casa abbandonata, conosce Biagio. Anche lui usa sostanze stupefacenti, tuttavia lavora

come operaio, ha un tetto sopra la testa e fa di tutto per riuscire a pagare l'affitto e le bollette. I due vanno a convivere, vorrebbero amarsi, ma tragicamente falliscono. Iniziano dunque un percorso parallelo di ricostruzione delle loro esistenze, tra continue piccole conquiste e ricorrenti fragilità che sembrano risucchiarli in un destino già scritto.

Roberta Mangili è nata a Stezzano (BG) nel 1963. È laureata in Medicina e chirurgia, ha conseguito la specializzazione in Tossicologia e ottenuto l'attestato in Agopuntura e tecniche complementari. Ha lavorato come medico tossicologo per trent'anni presso i servizi pubblici per le dipendenze della provincia di Bergamo. *Torna presto – Una storia stupefacente* è la sua prima pubblicazione.

Predittori clinici e psicopatologici di out-come nel Disturbo da Uso di Cocaina: uno studio di follow-up a tre mesi

Martina Nicolasi*

SUMMARY

■ *The research had as its object of study psychoactive substances, specifically cocaine addiction which today has a prevalence of 1.8% worldwide.*

In collaboration with the Onlus Incontro Community, all those subjects who undertook a residential therapeutic-rehabilitative path for a Cocaine Use Disorder, sometimes with psychiatric comorbidity, were evaluated longitudinally, in order to carry out an in-depth characterization from the point of sociodemographic, clinical and psychopathological view.

The primary objective was to identify, within these clinical and psychopathological variables, the possible predictive factors of out-come in subjects affected by DUC.

Furthermore, the objective was to verify how, following a three-month community journey matured from the moment of entry into the Community, the depressive symptoms, the hedonic-volitional drive, the levels of craving and the general state of health change according to the time spent in the Structure.

The present was a prospective observational study that included a sample of 70 patients with a primary diagnosis of Cocaine Use Disorder, recruited consecutively at the study facility, between November 2021 and May 2022.

The study envisaged, in an initial phase – within a maximum of two weeks of hospitalization – the compilation of a medical history form for the collection of socio-demographic information.

Seventy patients with Cocaine Use Disorder were evaluated, of whom 49 completed the three-month follow-up.

The sample is therefore composed of 54 male subjects (77.1%), 16 female subjects (22.9%) with an average age of 39.6 ± 10.1 years. 77.1% of the sample is unmarried, 21.4% is separated and only 1.4% is married. 70% of patients live with their family of origin/spouse and 30% live alone.

The level of schooling was 9.41 ± 3.70 , this means that on average, the sample completed lower secondary school and attended the first year of high school. 52.9% of the sample has a job, while 47.1% is unemployed.

With regard to the type of occupation, 2.9% study, 21.4% perform occasional jobs and the remainder work regularly. 74.3% of the sample smoke cigarettes, with an average of 12.9 ± 9.18 per day. Furthermore, 1/3 of the sample presented legal problems. ■

Keywords: *Patients with cocaine use disorder, Intervention in the Therapeutic Community, Predictive factors of outcome.*

Parole chiave: *Pazienti con dipendenza da cocaina, Intervento in Comunità Terapeutica, Fattori predittivi di outcome.*

La ricerca qui esposta ha avuto come obiettivo quello di caratterizzare dal punto di vista sociodemografico, clinico e psicometrico un campione di soggetti con diagnosi di Disturbo da Uso di Cocaina (DUC) che intraprendono un percorso terapeutico-risabilitativo in regime residenziale presso la Comunità Incontro, nonché di individuare nell'ambito di tali variabili cliniche e psicopatologiche i possibili fattori predittivi di out-come nel DUC. L'obiettivo, inoltre, è stato quello di verificare come dal momento dell'ingresso in Comunità a tre mesi di periodo comuni-

tario maturato, i sintomi depressivi, la spinta edonico-volitiva, i livelli di craving e lo stato di salute generale cambino in funzione del tempo trascorso in Struttura.

Il presente è stato uno studio osservazionale prospettico che ha incluso un campione di 70 pazienti con una diagnosi primaria di Disturbo da Uso di Cocaina, talvolta in comorbilità psichiatrica, reclutati consecutivamente presso la Struttura presa in esame, nell'arco compreso tra novembre 2021 e maggio 2022.

Lo studio prevedeva, in una fase iniziale – ovvero entro massimo due settimane dal ricovero – la compilazione di una scheda anamnestica per la raccolta delle informazioni socio-

* *Comunità Incontro Onlus, Amelia.*

demografiche e la compilazione di una batteria psicométrica di questionari auto- ed etero-somministrati, ripetuta poi a distanza di tre mesi.

Sono stati valutati 70 pazienti affetti da Disturbo da Uso di Cocaina, di cui 49 hanno completato il follow-up a tre mesi.

Il campione è quindi composto da 54 soggetti di genere maschile (77,1%), 16 di genere femminile (22,9%) con un'età media di $39.6 \pm 10,1$ anni. Il 77,1 % del campione è celibe/nubile, il 21,4% è separato/a e solamente l'1,4% è coniugato/a.

Il 70% dei pazienti vive con la famiglia d'origine/con il coniuge e il 30% vive da solo.

Il livello di scolarità è risultato di $9,41 \pm 3,70$, ciò significa che mediamente, il campione ha portato a termine le scuole secondarie di primo grado e frequentato il primo anno di scuole superiori.

Il 52,9% del campione ha un'occupazione, mentre il 47,1% è disoccupato.

Relativamente alla tipologia di occupazione, il 2,9% studia, il 21,4% svolge lavori saltuari e la restante parte lavora regolarmente.

Il 74,3% del campione fuma sigarette, con una media di $12,9 \pm 9,18$ al giorno.

Inoltre, 1/3 del campione ha presentato problematiche legali.

I dati sociodemografici sono riassunti nella Tabella 1, di seguito riportata.

Tabella 1 - Caratteristiche sociodemografiche del campione

Genere, n (%)	- M 54 (77,1%) - F 16 (22,9%)
Stato civile, n (%)	- Celibe/Nubile 54 (77,1%) - Coniugato/a 1 (1,4%) - Separato/a 15 (21,4%)
Stato abitativo, n (%)	- Vive solo 21 (30%) - Vive con la famiglia d'origine/vive con il coniuge 49 (70%)
Livello scolarità (media \pm DS)	- $9,41 \pm 3,70$
Occupazione, n (%)	- Sì 37 (52,9%) - No 33 (47,1%)
Tipologia di occupazione, n (%)	- Studente 2 (2,9%) - Lavori saltuari 15 (21,4%) - Lavoro regolare 20 (28,6%) - Disoccupato/a 33 (47,1%)
Fuma sigarette, n (%)	- Sì 52 (74,3%) - No 18 (25,7%)
Sigarette fumate (media \pm DS)	- $12,9 \pm 9,18$
Problematiche legali, n (%)	- Sì 21 (30%) - No 49 (70%)

Per quanto concerne invece le caratteristiche cliniche del campione queste sono individuabili nella Tabella 2, da cui si evince che il 15,7% del campione presenta una familiarità psichiatrica con un parente di primo grado.

Il 30% del campione, oltre al Disturbo primario da Uso di Cocaina, presenta una comorbidità psichiatrica.

In riferimento alla tipologia di comorbidità psichiatrica, in ordine decrescente abbiamo i Disturbi di Personalità (23,8%), il Disturbo Bipolare (23,8%), Schizofrenia e disturbi correlati (19%), Disturbo Depressivo Maggiore (14,3%), Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione (9,6%), Disturbo Ossessivo Compulsivo (4,8%) e GAP (4,8%).

L'11,4% presenta invece comorbidità internistiche.

Il 10% del campione ha tentato il suicidio almeno una volta e sempre il 10% ha tendenze autolesioniste.

Il 68,4% del campione è poli assuntore.

Le sostanze di maggior utilizzo, dopo la cocaina, sono l'alcol ed i cannabinoidi.

La cocaina viene assunta primariamente per *sniffing* (90%), poi fumata (7,1%) e infine per via endovena (2,9%).

Il 54,3% del campione assume una terapia farmacologica.

Di questi, l'83,3% assumono una polifarmacoterapia, il 7,1% antidepressivi, il 4,8% stabilizzatori dell'umore e il 4,8% altre tipologie di farmaci.

L'indice di massa corporea del campione è $25,9 \pm 3,83$.

L'età d'esordio della malattia è di $21 \pm 8,80$ anni con durata della malattia di $18,3 \pm 10,8$ anni.

Tabella 2 - Caratteristiche cliniche del campione

Tentativi di suicidio, n (%)	- Sì 7 (10%) - No 63 (90%)
Tendenze autolesioniste, n (%)	- Sì 7 (10%) - No 63 (90%)
Familiarità psichiatrica, n (%)	- Sì 11 (15,7%) - No 59 (84,3%)
Comorbidità psichiatrica, n (%)	- Sì 21 (30%) - No 49 (70%)
Tipo Comorbidità psichiatrica, n (%)	- GAP 1 (4,8%) - Schizofrenia e disturbi correlati 4 (19%) - DOC 1 (4,8%) - Disturbo Bipolare 5 (23,8%) - Disturbo Depressivo Maggiore 3 (14,3%) - Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione 2 (9,6%) - Disturbi di Personalità 5 (23,8%)
Poliabuso, n (%)	- Sì 48 (68,8%) - No 22 (31,4%)
Comorbidità internistiche, n (%)	- Sì 8 (11,4%) - No 62 (88,6%)
Terapia farmacologica, n (%)	- Sì 38 (54,3%) - No 32 (45,7%)
Tipologia terapia farmacologica, n (%)	- Antidepressivi 3 (7,1%) - Stabilizzatore dell'umore 2 (4,8%) - Polifarmacoterapia 35 (83,3%) - Altro 2 (4,8%)
Modalità di consumo cocaina, n (%)	- Sniffata 63 (90%) - Fumata 5 (7,1%) - Endovena 2 (2,9%)
BMI (media \pm DS)	$25,9 \pm 3,83$
Durata della malattia (media \pm DS)	$18,3 \pm 10,8$
Età esordio della malattia (media \pm DS)	$21 \pm 8,80$
Numero ospedalizzazioni (media \pm DS)	$0,6 \pm 1,31$

Sono stati, inoltre, valutati i sintomi depressivi, la spinta edonico-volitiva, i livelli di *craving* per la sostanza nonché lo stato di salute generale, sia al momento dell'ingresso in Struttura, sia dopo tre mesi di percorso comunitario maturato tramite la somministrazione di un'ampia batteria psicométrica.

L'analisi statistica ha evidenziato un miglioramento complessivo sul piano psicopatologico dopo tre mesi dall'inizio del percorso

terapeutico residenziale, nello specifico per quanto riguarda la salute psichica, valutata tramite l'apposita sotto-scala del questionario SF-36 (Figura 1), dei sintomi depressivi, sulla base dei punteggi ottenuti alla BDI, e della capacità edonica, indagata attraverso la SHAPS (Figura 2).

Fig. 1 - Salute Mentale (SF-36, *** $p < .001$)

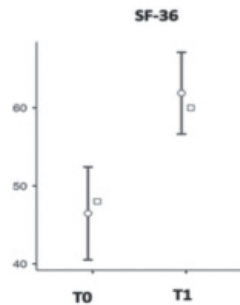
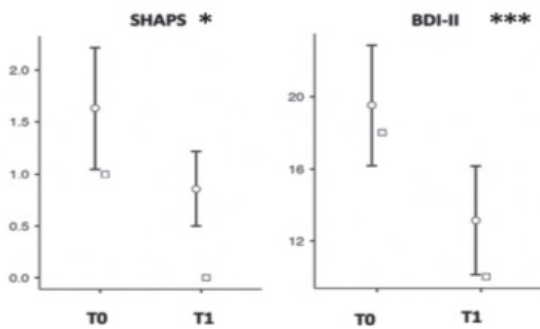
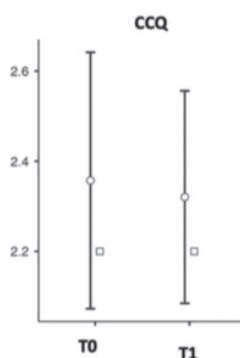


Fig. 2 - Sintomi depressivi e anedonici (BDI-II e SHAPS, *** $p < .001$. * $< .05$)



L'aspetto interessante emerso dallo studio riguarda i livelli di craving (misurati attraverso il questionario Cocaine Craving Questionnaire), la cui riduzione non è risultata statisticamente significativa a distanza di tre mesi (Figura 3).

Fig. 3 - Craving (CCQ)



Il craving è uno degli elementi costitutivi di una dipendenza che, secondo il DSM-5, può persistere a lungo anche dopo aver raggiunto la remissione. Si evince, dunque, come un percorso comunitario di tre mesi, nel nostro campione, sia un lasso temporale troppo breve per avere una remissione significativa di tale valore.

La rilevanza di tale dato risiede nelle implicazioni clinico-terapeutiche e sottolinea l'importanza di proseguire il progetto di cura per un lasso temporale congruo e atto ad intraprendere, pertanto, percorsi terapeutici a carattere residenziale più duraturi che aiutino a ridurre il rischio di ricadute e migliorare l'outcome a lungo termine dei pazienti.

Sono state condotte, inoltre, delle analisi di correlazione che hanno rilevato un'associazione significativa tra il craving e l'età d'esordio del DUC: minore, infatti, è l'età d'esordio, maggiore è il craving, ovvero la ricerca ossessivo-compulsiva della sostanza e il desiderio incoercibile di utilizzarla.

Parimenti il craving correla significativamente con alcuni costrutti psicopatologici, quali la disregolazione emotiva, in particolare con la difficoltà ad intraprendere azioni finalizzate in stati di arousal emotivo misurata con l'apposita sottoscala del Difficulties in Emotion Regulation Scale, e l'impulsività, nello specifico la mancanza di perseveranza, ossia l'incapacità di rimanere concentrati su un compito, rilevata grazie all'Impulsive Behaviour Scale.

Tali risultati supportano il comportamento comunemente osservato negli ospiti durante il percorso residenziale.

Emergono, infatti, difficoltà nel mantenimento della concentrazione, su un compito sia per le attività ergoterapiche sia per quanto concerne le attività formative dove è richiesto uno sforzo attentivo e cognitivo maggiore.

Gli ospiti all'interno della struttura mostrano difficoltà nel tollerare le frustrazioni e nella gestione degli impulsi che scaturisce dall'attesa necessaria e fisiologica e dall'impossibilità di ottenere quanto richiesto e desiderato nell'immediato.

Tale difficoltà ricorda quella coinvolta nel controllo dell'assunzione della sostanza rappresentando quindi un potenziale fattore scatenante e predittivo di drop-out, su cui pertanto si cerca di intervenire maggiormente durante il percorso comunitario, operando sul controllo dell'evento e sul comportamento impulsivo.

Infine, l'ultimo costrutto con cui si è rilevata una correlazione statisticamente significativa è l'aggressività fisica, rilevata grazie all'Aggression Questionnaire.

Sono innumerevoli gli episodi di aggressione fisica riscontrabili sia in fase di intossicazione, che di astinenza da sostanze con un maggior rischio di illeciti e conseguenti problematiche legali, riscontrate nel 30% degli ospiti in tale studio.

La gestione dell'aggressività rappresenta, quindi, un ulteriore ambito di intervento terapeutico – psicologico e talora farmacologico – durante il percorso comunitario.

Tale studio quindi, sottolinea l'importanza di una caratterizzazione ad ampio spettro al fine di poter personalizzare maggiormente gli interventi di cura e migliorare non solo l'outcome a lungo termine ma soprattutto la qualità di vita dei pazienti che intraprendono un percorso comunitario e quanto sia importante il tempo trascorso all'interno di una struttura protetta, che possa concorrere al reale benessere bio-psico-sociale.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bignamini E., Galassi C. (2019). *Addiction: come pensarla, comprenderla, trattarla*.
- Biondi M. (2016). *Compendio di Psichiatria e Salute Mentale*. Alpes Italia srl.

- Budney A.J., Hughes J.R., Moore B.A., Novy P.L. (2001). Marijuana abstinence effects in Marijuana smokers maintained in their home environment. *Archive of General Psychiatry*.
- Caretti V., La Barbera D. (2005). *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore.
- Di Chiara G., Imperato A. (1998). *Drugs abused by human preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats*. Proc. Natl Acad Sci USA.
- Fioritti A., Solomon J. (2002). *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*. Milano: FrancoAngeli.
- Girardi P., Di Giannantonio M. (2020). *Psicopatologia delle dipendenze*. Pacini Editore.
- Lugoboni F., Zamboni L. (2018). *In Sostanza Manuale sulle dipendenze patologiche Volume 1 e II*. Edizione CLAD Onlus.
- Martinotti G., Di Giannantonio M., Janiri L. (2019). *Compendio di psicopatologia*, Fila37.
- Miller W.R., Rollnick S. (2014). *Il colloquio motivazionale, aiutare le persone a cambiare 2ª edizione*. Erickson.
- Morbioli L., Belleri M., Congiu A., Lugoboni F. (2021). *Pratiche bottom-up nelle dipendenze: verso un nuovo approccio con se stessi e coi pazienti*. Azienda Ospedaliera Universitaria integrata Verona.
- Pavarin R., Lugoboni F., Mathewson S. et al. (2011). Cocaine-related medical and trauma problems: a consecutive series of 743 patients from multicenter study in Italy. *Eur J Emerg Med*.
- Quaglio G., Lugoboni F., Pajusco B. et al. (2004). Manifestazioni cliniche legate all'uso di cocaina. *Ann Ital Med Int*.
- Regier D.A. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*.
- Spadafora R. (2019). *Argomenti di Psichiatria, Compendio ragionato per professionisti sanitari e gli studenti*. Publiedit s.a.s.
- Stolle M., Sack P.M., Thomasius R. (2009). Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. *Dtsch Arztebl Int*.
- Trombini G. (a cura di) (1994). *Introduzione alla clinica psicologica*. Zanichelli.

NOTIZIE IN BREVE

Celebrato l'Alcohol Prevention Day

Organizzato dalla ASST Melegnano Martesana - Milano, si è tenuto il 20 aprile, presso la sala consiliare della Città di Pioltello, il Convegno "NO Alcol, Grazie!", che ha visto il patrocinio di FeDerSerD.

Il Convegno è stata l'occasione per un approfondimento ed una riflessione su un tema sottovalutato: il consumo di alcol. Eppure, l'alcol è responsabile, nel mondo, di circa 3 milioni di decessi all'anno (circa 1 milione nella sola Europa) e rappresenta il terzo fattore di rischio per morbilità dopo l'ipertensione arteriosa e il fumo di sigaretta.

L'impatto del consumo di alcol e le sue conseguenze, spesso precoci, sono osservabili in ogni stadio della vita; in particolare, per la tossicità diretta che determina sul sistema cerebrale, può interferire e nuocere alla plasticità neuronale in quel periodo di crescita, fino ai 25 anni, in cui si assiste alla maturazione di una grande quantità di neuroni che contribuiscono al processo di un corretto sviluppo individuale.

L'alcol, una patologia multifattoriale legata a polimorfismi genetici, fattori ambientali, psicologici, sesso ed età che oltre a danni organici, può avere ripercussioni anche nella vita relazionale (familiare e lavorativa) con conseguenti danni sociali che talvolta esitano in problematiche giudiziarie.

Illustrate le comorbilità internistiche e psichiatriche proprie del consumo dannoso di alcol, l'associazione con altre sostanze, con un policonsumo che ha una prognosi sfavorevole, con tendenza alla cronicizzazione.

Una sostanza, l'alcol, che oltre a slatentizzare problematiche di fragilità, è quella più abusata anche in più di 1/3 dei pazienti psichiatrici.

E, a prescindere da un consumo di alcol secondo il modello del binge drinking (assunzione di 4-5 unità alcoliche nell'arco di poche ore), molti adolescenti presentano problematiche psicologiche.

La rete dei servizi territoriali rappresenta la miglior soluzione per approcciare il paziente affetto da disturbo da uso di Alcol, compresi i servizi sociali e le comunità terapeutiche.

Alfio Lucchini nella sua relazione introduttiva ha delineato lo stato dell'arte degli interventi in alcologia e nelle dipendenze in genere, con la previsione di una nuova sanità che sposta il suo asse dall'ospedale al territorio, in armonia con il PNRR.

Molti i relatori intervenuti nella giornata, voluta dal NOA di San Giuliano Milanese diretto da Ruggiero Merlini: Alfonso Sferlazza, Annalisa Pistuddi, Rosandra Ferrario, Patrizia Sofia, Giuseppe Fiorentino, Stefano Golasmici, Giovanni Luca Galimberti, Cinzia Assi, Maria Girardi, Don Chino Pezzoli.

Specialisti del pubblico e del privato sociale.

La Sindaca di Pioltello Ivonne Cosciotti, la direttrice del Distretto Bassa Martesana Maddalena Minoja e il direttore del DSMD Federico Durbano, hanno portato i saluti agli oltre 100 partecipanti intervenuti alla giornata di studio.

Il disturbo da gioco d'azzardo online: buone prassi ed ipotesi di trattamento

Luca Rossi*, Silvia Miceli^o

SUMMARY

■ *DSM V has conceptualized for the first time the Gambling Disorder which is sorted amongst the addictions, within the category of “non related with substances”; as of the previous release of DSM it was classified as “urges control disorder”.*

Meanwhile there is a rising interest upon the subject between clinicians and scholars to improve conceptualizing, understanding and therefore indentify the best treatment options.

It is thus essential to consider the gambling disorder in all its complexity; paying also attention on the recent growth of online gambling.

Nowadays most of the patients accessing public and private Services with a diagnosis of gambling disorder tend to prefer online play and thus the clinician is set on new challenges and must rethink and modify the intervention.

The purpose of this article is to introduce the gambling disorder phenomenon, with due attention on its online declination, and successively postulate a course of treatment given its peculiarities. ■

Keywords: *Gambling disorder, Online gambling, Addiction, Treatment, Behaviuoural addiction.*

Parole chiave: *Disturbo da gioco d'azzardo, Gioco d'azzardo on line, Dipendenza, Trattamento, Dipendenza comportamentale.*

Gioco d'azzardo: la transizione dal vivo all'online

A livello mondiale il mercato del gioco d'azzardo è un settore in rapida crescita e con grande rilevanza economica: si stima che il valore attuale sia superiore a 897 miliardi di euro (dati del 2017) rispetto ai 783 miliardi di euro del 2015.

Nel passato il panorama era dominato da casinò e slot machine; i giochi maggiormente diffusi erano blackjack, poker e scommesse sportive.

Negli ultimi anni l'offerta si è ampliata grazie a molteplici alternative online.

Nel 2017 il mercato del gioco online ha raggiunto un valore di 43,3 miliardi di euro a livello mondiale, con un aumento del 9,6% rispetto all'anno precedente.

Tale fenomeno è ulteriormente cresciuto nel corso degli ultimi anni; la pandemia da Covid-19 ha fortemente limitato l'accesso ai luoghi aperti al pubblico compresi quelli che offrivano scommesse dal vivo favorendo e velocizzando il gioco online.

Ad oggi il fenomeno ha assunto una rilevanza e una diffusione significativa: testimonianza di ciò è il fatto che la maggior parte dei soggetti con diagnosi di disturbo da gioco d'azzardo (DGA) che afferiscono ai Servizi pubblici e privati sono giocatori online.

Quello del gioco online è un settore relativamente nuovo, che ha iniziato a svilupparsi all'inizio degli anni Novanta.

Nel 1996 erano solo 15 i siti di scommesse online; tale numero è salito a 200 alla fine del 1997, superando i 650 nel 1999.

È ulteriormente cresciuto a 1800 nel 2002, arrivando nel 2008 a superare i 2000 siti attivi; negli ultimi anni il settore è in una fase di consolidamento.

Questi dati danno l'idea della crescita esponenziale avvenuta che sta profondamente trasformando il mondo del gioco d'azzardo e conseguentemente anche la metodologia di gioco (Spallone, Tancredi, Padimiglio, 2019).

Tra le tipologie di gioco online le scommesse sportive rappresentano il più grande segmento del settore, con un valore di 20,9 miliardi di euro, pari al 48,3% del mercato totale.

Seguono i giochi da casinò (slot online, poker, bingo e lotterie) che rappresentano il 46,7% del totale (Spallone, Tancredi e Padimiglio, 2019).

Sotto il profilo geografico l'Europa è l'area leader di mercato grazie alla popolarità delle scommesse sportive, seguita dall'Asia Pacifica e dagli Stati Uniti che fino a pochi anni orsono detenevano un mercato piuttosto limitato, ma che gli esperti prevedono in crescita grazie all'abolizione delle stringenti regolamentazioni riguardanti le scommesse online.

In Europa, il Regno Unito ha avuto una forte accelerazione negli ultimi anni rispetto alla legalizzazione del gioco online fornendo alle casse dello stato ingenti risorse economiche (Spallone, Tancredi e Padimiglio, 2019).

* *Psicoterapeuta, Sessuologo Clinico, Ser.D. ASL TO3.*

^o *Psicologa.*

Gioco d'azzardo online: il fenomeno in Italia.

Secondo Matteucci l'Italia è uno dei Paesi più "deboli" dell'Unione Europea a causa della sua condizione economica instabile e dell'elevato indebitamento pubblico.

Allo stesso tempo però si è assistito ad un aumento del mercato del gioco d'azzardo che ora porta ad attestarsi al primo posto in Europa e al quarto a livello mondiale (Matteucci, 2022).

In Italia nel 2021 sono stati spesi complessivamente 111,17 miliardi di euro in scommesse; su tale somma la rete fisica di gioco pesa per circa il 39% per un valore di 44 miliardi di euro.

Le modalità di gioco più diffuse sono le slot machine (41% di tutte le giocate), mentre lotterie e lotterie istantanee come i Gratta e vinci rappresentano il 27% del totale, seguite dal Lotto (18% circa).

In Italia il gioco d'azzardo era per la maggior parte "in presenza"; nel 2019 il gioco online rappresentava solo il 33% delle giocate, mentre nel 2021 questa quota è raddoppiata arrivando fino al 61% con una crescita del valore economico attuale fino a 67,17 miliardi di euro.

Si tratta di ciò che nel report dell'ADM viene chiamato "effetto Covid" per sottolineare come la pandemia da Covid-19 abbia accelerato enormemente la crescita del gioco online.

Le tipologie più diffuse sono i giochi a base sportiva (30%), i giochi di carte seguiti dai giochi di sorte a quota fissa (14%) e dal poker cash online (12,5%).

Per dare un'idea della rilevanza del fenomeno basta pensare che nel corso del solo 2020 sono stati attivati 4 milioni e 277 mila conti di gioco su piattaforme online.

Negli ultimi tre anni viene evidenziata inoltre una crescita del gioco online illegale controllato dalla criminalità, secondo il Rapporto Lottomatica - Censis sul gioco legale: nel 2019 il valore del gioco illegale era stimato in all'incirca 12 miliardi di euro, salito a 18 miliardi nel 2020 e superando i 20 miliardi nel 2021 (Musio, 2022).

Dai dati rilevati in uno studio del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche SerDP AUSL di Piacenza, considerando il 2020 e quindi il periodo del lockdown, l'82% dei pazienti presi in carico con diagnosi di DGA è rimasto completamente astinente dal gioco, il 15% ha mantenuto le sue abitudini precedenti e solo il 3% ha aumentato utilizzando, in alcuni casi per la prima volta, il gioco online.

I pazienti con DGA presi in carico da tale Servizio, nella stragrande maggioranza dei casi, non hanno "virato" sul gioco online a meno che non fosse una modalità già sperimentata e vissuta come propria.

L'"effetto Covid" evidenziato dal report dell'Adm riguarderebbe quindi l'avvicinamento al gioco di un'altra tipologia di utenza che non frequentava casinò o slot machine in bar e tabaccherie, ma che si avvicina a questo mondo esclusivamente nella sua modalità online, a cui resta fedele anche dopo il periodo di lockdown.

Si tratta di giocatori con un'identità e caratteristiche differenti, rispetto a quelle riscontrabili nei pazienti presi in carico dai Servizi pubblici e privati nei precedenti anni.

Identikit del giocare

McCormack e Griffiths nel 2010 si sono proposti di studiare quali possono essere i fattori che spingono il soggetto a giocare online e quali invece possono essere quelli che inibiscono tale motivazione.

Alla base della scelta del giocatore nell'optare per il gioco online c'è la maggiore possibilità di scommettere in qualunque momento ed indipendentemente dal contesto in cui si trova, con una comodità superiore, senza doversi spostare dalla propria abitazione e senza dover fare i conti con orari di apertura.

Il gioco online diventa meno impattante nella vita del soggetto in quanto può conciliarsi con le altre attività quotidiane; gli studiosi sottolineano come "il gioco d'azzardo sia diventato ad oggi una attività di svago che ne rimpiazza altre come ad esempio guardare la televisione".

Un altro aspetto risultato rilevante per i giocatori online è la maggiore diversificazione dell'offerta riscontrabile sui vari siti rispetto a quella tradizionale presente nelle sale, associato alla percezione di un contesto più sicuro in cui vivere l'esperienza di gioco, meno influenzato dal giudizio, caratterizzato da una forma di anonimato che tutela emotivamente soprattutto i giocatori neofiti che si sperimentano per la prima volta contro altri giocatori verosimilmente più esperti e a loro agio.

Inoltre l'anonimato sembra essere una variabile particolarmente rilevante per i giocatori di sesso femminile più soggetti alla vergogna derivata dal comportamento di addiction.

Dall'altro lato i giocatori offline riferiscono che l'esperienza di gioco online sembra loro poco autentica, a causa della mancanza di contatto diretto con il denaro, con gli strumenti e con persone reali.

Si aggiunge la diffidenza nei confronti del mondo online di cui non si conoscono regole ed affidabilità (McCormack e Griffiths, 2012).

I giocatori online sono a livello anagrafico più giovani: in Italia l'età media dei giocatori è di circa 48 anni ma scende per online a 34,5.

I giocatori online spesso sono giovanissimi: è verosimile immaginare che, a causa dei minori controlli presenti nella modalità online, siti legali e siti non riconosciuti dall'ADM (Agenzia Dogane e Monopoli) possano incentivare ragazzi e ragazze minorenni al gioco (Spallone, Tancredi e Padimiglio, 2019).

Nonostante il gioco d'azzardo sia stato storicamente considerato un'attività tipicamente maschile, con l'aumento del gioco online aumenta in parallelo la quota femminile che diventa sempre più rilevante a livello del mercato complessivo.

Numerosi studi hanno dimostrato che le donne non giocano meno rispetto agli uomini, ma preferiscono una modalità più intima utilizzando i propri dispositivi elettronici privati.

Con l'incremento dell'offerta di gioco online cresce contestualmente il numero di giocatrici "digitali" (McCormack, Shorter e Griffiths, 2014; Spallone, Tancredi e Padimiglio, 2019).

Dai dati emersi si evince una differenza nella tipologia di gioco online in relazione al sesso: gli uomini tendono a prediligere scommesse sportive e giochi "strategici" come il blackjack e il poker, mentre le donne tendenzialmente scelgono i giochi "non-strategici" come le slot machines, il bingo e le lotterie (Ladd e M., 2002; McCormack, Shorter e Griffiths, 2014; Wenzel e Dahl, 2009).

Uno spaccato della situazione italiana, fornita dallo studio "Il gioco d'azzardo in Italia 2021", realizzato dall'osservatorio Nomisma, evidenzia come, nel periodo preso a riferimento, il 9% dei giocatori abbia sviluppato degli atteggiamenti che possono essere considerati problematici con sintomi che hanno impattato sulla sfera psico-emotiva (come ansia, agitazione e perdita di controllo) e sulla sfera relazionale.

Viene inoltre osservato che il profilo più problematico è riscontrabile nell'11% dei giocatori più giovani.

Il giocatore a rischio è maschio, maggiorenne, frequenta istituti tecnici o professionali con un rendimento scolastico insufficiente, risiede al Sud Italia, con famigliari o amici dediti anch'essi al gioco.

Perché il gioco online?

Secondo dati forniti dai Servizi per il trattamento delle dipendenze, si è visto un progressivo aumento di pazienti con DGA online fino a raggiungere e in certi casi a superare il numero di soggetti che vengono presi in carico con DGA dal vivo.

Numerose ricerche hanno dimostrato che il gioco online porta più facilmente allo sviluppo di una dipendenza rispetto al gioco "tradizionale" per molteplici motivi.

In primo luogo le tecnologie sono più economiche e diffuse tra la stragrande maggioranza della popolazione, con software progressivamente migliori che garantiscono una velocità di gioco aumentata.

In parallelo il gioco online garantisce anonimato e maggiore privacy permettendo al giocatore spesso di nascondere tale attività più facilmente a famigliari e conoscenti.

Altro aspetto rilevante è la modalità di inserimento della posta da giocare: sovente il denaro viene prelevato direttamente da un conto online (bancario, paypal o in criptovalute) rendendo quindi meno evidenti nell'immediato le perdite subite dal giocatore (Cotte e Latour, 2009).

Nello studio di Chóliz del 2015 l'obiettivo definito dalla ricerca era di analizzare gli effetti della legalizzazione del gioco online in Spagna per comprendere se esso avesse avuto un impatto sulle nuove diagnosi oppure se fossero i pazienti già conosciuti dai Servizi a modificare le loro abitudini di gioco.

I dati hanno dimostrato un aumento delle diagnosi di DGA; si trattava soprattutto di nuovi pazienti, in precedenza non conosciuti dai Servizi, che avevano una preferenza specifica per questa modalità di gioco e che denigravano le scommesse dal vivo (Chóliz, 2015).

Emond e Griffiths nel 2020 hanno invece approfondito il gioco online focalizzandosi sulla sua diffusione tra giovani e giovanissimi in Gran Bretagna, analizzando specificatamente una popolazione anagrafica tra 16 e i 18 anni.

Lo studio dimostra come i ragazzi in questa fascia di età siano particolarmente a rischio perché più suscettibili all'influenza dei pari, e ancora più marcatamente delle campagne di marketing.

A ciò si aggiungono l'imaturità cognitiva specifica dell'età che causa l'illusione del controllo, una scarsa comprensione del calcolo delle probabilità e della statistica ed una maggior impulsività associata ad un incompleto sviluppo delle funzioni esecutive che mettono l'adolescente in una posizione di elevato rischio nello sviluppo di un DGA (Emond e Griffiths, 2020).

Tali studi mostrano uno spaccato del fenomeno del gioco online e il suo sempre maggior impatto sulla società e sui giocatori. Sono utenti con caratteristiche diverse dalla tipologia dei giocatori conosciuti nei Servizi negli ultimi 15/20 anni.

Anche l'intervento terapeutico deve tener conto di tale diversità e mettere in campo nuove strategie cliniche.

Presenza in carico del paziente

La modalità di presa in carico presso i Servizi dei pazienti con diagnosi di DGA con prevalenza gioco online è del tutto simile ai pazienti con DGA "dal vivo".

Sovente sono i familiari che motivano il soggetto a chiedere aiuto.

Rispetto al gioco dal vivo, la presa in carico avviene in modo più tardivo spesso grazie alla capacità del giocatore di nascondere la problematica, sfruttando maggiormente strumenti digitali che non portano lo stesso ad allontanarsi dal nucleo familiare e giustificando l'uso dello smartphone o del pc come desiderio di informazione sugli ultimi avvenimenti mondiali o semplice passatempo sui social.

Anche la parte debitoria spesso viene giustificata con transizioni su siti o pagamenti tramite bonifici per bollette o debiti non riconducibili al gioco.

Viene meno uno degli attivatori di allarme dei familiari, quali prelievi di denaro in contanti non facilmente giustificabili rispetto al gioco.

Buona pratica, durante i primi colloqui, è analizzare ed indagare nel dettaglio le tipologie di gioco online, valutando assieme al paziente la categoria dei siti a cui fa riferimento, l'eventuale riconoscimento AAMS/ADM (Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato/Agenzia Dogane e Monopoli) e le motivazioni che hanno spinto il soggetto a privilegiare il gioco digitale.

I pazienti in trattamento riportano spesso come parametri che hanno fatto propendere verso il gioco online il maggior RTP (Return to player) ovvero la percentuale restituita al giocatore rispetto al totale della spesa sostenuta per giocare.

Alcuni casinò online arrivano ad offrire addirittura su certi giochi una probabilità di vincita pari al 99,56% (Blackjack Classico), parametro che si discosta dai giochi dal vivo quali slot machine (RTP 75%), vlt o gratta e vinci con RTP nettamente inferiori.

Allo stesso tempo il gioco online offre al giocatore facilità e comodità di accesso, pressoché ovunque e con chiunque si trovi, un maggior livello di anonimato senza la necessità di esporsi fisicamente a sguardi o giudizi altrui ed un'offerta maggiormente diversificata, con la possibilità di passare tra diverse tipologie semplicemente con uno scroll.

Inoltre risultano spesso accattivanti le numerose offerte proposte dai siti di gioco, con bonus di benvenuto, ricariche raddoppiate, possibilità di scalare posizioni ed accedere a nuove promozioni in relazione alle ore di gioco dedicate o all'ammontare del denaro investito nei conti dei Casino online.

Tramite email il soggetto viene sovente raggiunto da proposte di maggiori guadagni o agevolazioni incentivando un amico o conoscente ad aprire un conto presso il sito di gioco o promuovendo bonus "irresistibili" qualora il giocatore non ritiri eventuali vincite.

Gran parte dell'esclusiva esperienza di gioco online viene riportata spesso durante i primi colloqui e denotano progressivamente la storia di gioco del paziente, le aspettative ed eventuali strategie fantasticate dallo stesso.

Gestione economica/digitale del giocatore online

A differenza del giocatore che utilizza dispositivi off line, il paziente con diagnosi di DGA online, necessita di un controllo economico non esclusivamente basato sul contante o sulla possibilità di prelevare denaro, ma definito da una particolare attenzione rispetto a transizioni digitali, strumenti di pagamento solitamente ben accettati dai siti di gioco, quali carte di credito, Paypal oppure voucher dedicati.

Ultimamente si stanno diffondendo tra i giocatori anche conti in criptovalute, che spesso esulano dai controlli standard fami-

liari essendo compagni e parenti sovente all'oscuro della loro apertura.

Utile inoltre, nei primi colloqui, fornire al paziente in copresenza di un familiare una sorta di contratto di cura basato su strategie di controllo dei dispositivi digitali.

Esistono online app e programmi che forniscono, una volta installati sui dispositivi, blocchi specifici di accesso a tipologie di siti tra cui quelli che propongo gioco d'azzardo.

Solitamente sono applicazioni che permettono di inserire una password per modificare i parametri e hanno scadenze mensili o trimestrali.

Ve ne sono di completamente gratuite oppure con un minimo canone mensile.

Assieme al paziente e al familiare vengono definiti i programmi e i dispositivi a cui associarli.

Tale strategia, assieme all'auto esclusione proposta al paziente, fornisce una buona rete di sicurezze per possibili ricadute in fase di trattamento.

Trattamento

Come per il trattamento dei giocatori dal vivo, anche con i giocatori online risulta basilare costruire progressivamente nei colloqui una buona relazione terapeutica improntata sulla fiducia, su di un confronto attivo ed un'astensione dal giudizio che possa permettere al paziente di mettersi in discussione e attivare un nuovo approccio nelle dinamiche con gli altri e nella gestione di eventuali disagi vissuti nel quotidiano.

Il tema dell'astensione diventa ancora più rilevante rispetto al gioco dal vivo.

Spesso gli strumenti utilizzati dai giocatori, quali ad esempio lo smartphone, malgrado le limitazioni introdotte dalle app precedentemente citate, fanno parte del quotidiano del paziente.

Sovente emerge la necessità di condividere con il soggetto un nuovo modo di gestire gli strumenti digitali, connotandoli come oggetti ludici/informativi utilizzabili in un tempo limitato nella giornata, sostituendoli anche progressivamente con nuove attività, hobby o interessi.

Durante il percorso di cura, risulta inoltre opportuno che il terapeuta non si sostituisca al paziente nella ricerca di un nuovo modo di vivere la quotidianità o individuare strategie per affrontare eventuali difficoltà, ma faciliti tramite i colloqui la costruzione di un contesto in cui il soggetto possa sperimentarsi ed individuare in autonomia strumenti e nuove dinamiche relazionali più efficaci.

L'immediatezza della fruibilità del gioco online, l'antidoto alla noia e la facile accessibilità devono progressivamente dare spazio ad una nuova identità, alla percezione di essere registi attivi della propria vita e delle proprie scelte invece che spettatori passivi atti a soddisfare esclusivamente impulsi o craving crescenti.

Il percorso terapeutico si sviluppa in un susseguirsi di tematiche progressivamente affrontate nei colloqui che vanno dal controllo dello stimolo all'affrontare false credenze ricollegate ai meccanismi del gioco.

Anche l'ampliamento delle competenze sociali risulta un obiettivo perseguibile ed auspicabile durante il percorso di cura. Particolare attenzione viene inoltre dedicata alla prevenzione delle ricadute, analizzando assieme al soggetto in trattamento possibili situazioni, tono dell'umore deflesso o circostanze relazionali sfavorevoli che possano favorire future recidive.

Conclusioni

Il gioco online riveste ormai la percentuale maggiore della totalità dell'offerta.

Verosimilmente nei prossimi dieci anni la presenza di strutture fisiche che proporranno al loro interno il gioco d'azzardo diventeranno numericamente irrilevanti.

La concretizzazione del Metaverso favorirà l'emergere di luoghi virtuali sempre più accattivanti dove vivere, condividere esperienze e anche giocare d'azzardo.

Diventa sempre più rilevante individuare nuove strategie di presa in carico, di interventi terapeutici, e di gestione delle eventuali ricadute.

Ad oggi appare ancora prematuro parlare di terapia online nella realtà virtuale ma più attuale è immaginare approcci terapeutici integrati alle risorse digitali presenti nel quotidiano, che coinvolgono sempre più adolescenti ed adulti.

Anche il tema della prevenzione risulterebbe verosimilmente più incisivo se riportato in rete, online, caratterizzato da un giusto compromesso tra strumenti digitali e presenza reale, fisica ed empatica con professionisti del settore specializzati sul trattamento della patologia, con buone conoscenze e competenze digitali assieme a Peer formati sulla tematica che favoriscano una relazione con il soggetto problematico inizialmente svincolata da un contesto più prettamente clinico.

Riferimenti bibliografici

- Auer M., Griffiths M.D. (2022). The relationship between structural characteristics and gambling behaviour: An online gambling player tracking study. *Journal of Gambling Studies*, 1-15.
- Avanzi M., Calabrese A., Cabrini S. (2020). Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) al tempo della pandemia di Covid-19: il punto di vista dei SerDP. *Alea Bull*, 13-17.
- Chóliz M. (2015). The challenge of online gambling: the effect of legalization on the increase in online gambling addiction. *Journal of Gambling Studies*, 32(2): 749-756.
- Cotte J., Latour K.A. (2009). Blackjack in the kitchen: Understanding online versus casino gambling. *Journal of Consumer Research*, 35(5): 742-758.
- Emond A.E., Griffiths D.M. (2020). Gambling in children and adolescents. *British Medical Bulletin*, 1-9.
- Ladd G.T., Petry M.N. (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 10(39): 302.
- Matteucci N. (2022). Il boom italiano del gioco d'azzardo: mercato, istituzioni e politiche. *Stato e mercato*, 327-361.
- McCormack A., Griffiths M.D. (2012). Motivating and Inhibiting Factors in Online Gambling Behaviour: A Grounded Theory Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(1): 39-53.
- McCormack A., Shorter G., Griffiths M. (2014). An empirical study of gender differences in online gambling. *J Gamb Stud*, 30(1): 71-88.
- Musio V. (2022). Quanto è diffuso il gioco d'azzardo in Italia: l'online raddoppia con la pandemia. *Upday - Economia e finanza*.
- Spallone M., Tancredi C., Padimiglio A. (2019). *Online Gaming. Il settore del gioco online: confronto internazionale prospettive*. Deloitte.
- Wenzel H.G., Dahl A.A. (2009). Female pathological gamblers – A critical review of the clinical findings. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(1): 190-200.

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



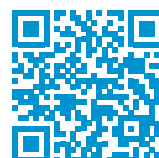
CLASSE H: Specialità con impiego limitato nell'ambito degli ospedali e di strutture assimilate. Dispensabile in farmacia non in regime di SSN - RNRL

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



20  23
 Scuola di formazione
 "Rita Levi Montalcini"
 FeDerSerD

2^a edizione

Per info e programma
 inquadra il QR Code



FeDerSerD 20 anni
 FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
 DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

25 SETTEMBRE - 4 DICEMBRE 2023
40 ore in 10 webinar



**PERCORSO FORMATIVO
 DI SPECIALIZZAZIONE
 NELL'AREA DELLE DIPENDENZE
 PATOLOGICHE**

MASTER per professionisti under 40
 e neo assunti nel sistema
 di intervento italiano delle Dipendenze

PROGRAMMA*

*Alcuni relatori sono in attesa di conferma

APERTURA DEL MASTER: PRESENTAZIONE PERCORSO DI FORMAZIONE, OBIETTIVI E METODOLOGIA DEL LAVORO
 Marialuisa Grech

Lunedì
 25 settembre
 1^a giornata

LA NEUROBIOLOGIA NELLA CLINICA DELLE DIPENDENZE
 Stefano Canali

ASPETTI CULTURALI E ANTROPOLOGICI DELLE VECCHIE E NUOVE DROGHE
 Edoardo Polidori

IL PIACERE E LE DIPENDENZE
 Giancarlo Pintus

Lunedì
 2 ottobre
 2^a giornata

I COMPORTAMENTI DI ADDICTION
 Luca Rossi

I DATI DEL FENOMENO E ANALISI DELLE FONTI
 Sabrina Molinaro

Lunedì
 9 ottobre
 3^a giornata

LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO COMPRESA SANITÀ PENITENZIARIA E MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE
 Felice Nava

L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE: SIGNIFICATO, FUNZIONAMENTO E DINAMICHE
 Paola Fasciani - Gianna Sacchini

Lunedì
 16 ottobre
 4^a giornata

LE CERTIFICAZIONI (tipologie e significati), LE RELAZIONI TECNICHE, IL RUOLO DELL'ANALISI TOSSICOLOGICA DELLE URINE E DELLA MATRICE CHERATINICA
 Vincenzo Lamartora

LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO/RISORSE E IL PROGRAMMA TERAPEUTICO-RIABILITATIVO
 Marco Riglietta

Lunedì
 23 ottobre
 5^a giornata

OBIETTIVI, STRUMENTI DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI ESITI
 Marco Riglietta

IL DISTURBO DA USO DI ALCOL
 Giovanni Galimberti - Teo Vignoli

Lunedì
 6 novembre
 6^a giornata

- INQUADRAMENTO CLINICO, STRUMENTI DIAGNOSTICI E DI MONITORAGGIO DEL TRATTAMENTO
- TIPOLOGIE DI CRAVING E PRINCIPALI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI
- PRINCIPALI TECNICHE DI TRATTAMENTO, STRUTTURAZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO

IL DISTURBO DA USO DI OPIACEI
 Vincenza Ariano - Edoardo Cozzolino

Lunedì
 13 novembre
 7^a giornata

- INQUADRAMENTO CLINICO, STRUMENTI DIAGNOSTICI E DI MONITORAGGIO DEL TRATTAMENTO
- TRATTAMENTI FARMACOLOGICI AGONISTI E ANTAGONISTI

LA COMORBIDITÀ PSICHIATRICA E I TRATTAMENTI FARMACOLOGICI SPECIFICI
 Gilberto Di Petta

Lunedì
 20 novembre
 8^a giornata

LA COMORBIDITÀ INFETTIVOLOGICA E I TRATTAMENTI FARMACOLOGICI SPECIFICI
 Daniele Pini

LA PREVENZIONE, DIVERSI TARGET E FINALITÀ
 Rachele Donini

Lunedì
 27 novembre
 9^a giornata

LA RIDUZIONE DEL DANNO, GLI INTERVENTI DI SANITÀ PUBBLICA (HIV, HCV, HDV), ACCESSO PRECOCE E AGGANCIAMENTO VERSO LE CURE DEL SOMMERSO
 Roberta Balestra

I TRATTAMENTI PSICOLOGICI E PSICOTERAPICI
 Stefano Burattini - Francesco Sanavio

Lunedì
 4 dicembre
 10^a giornata

GLI INTERVENTI DI TIPO SOCIALE, EDUCATIVO E RIABILITATIVO
 Sonia Calzavara



FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

INNOVARE E PERSONALIZZARE GLI INTERVENTI NELLE DIPENDENZE

La cultura della cura

BERGAMO

25-26-27 ottobre 2023

Centro Congressi Giovanni XXIII



I **TOPICS** preparatori e congressuali del **XII Congresso Nazionale FeDerSerD**

- 1** Disturbo da uso di oppiacei – innovazioni farmacologiche fra personalizzazione della cura, riduzione del danno e remissione del disturbo
- 2** Disturbo da uso di alcol – clinica, farmacoterapia e riabilitazione
- 3** “Comorbilità” internistico infettivologica
- 4** “Comorbilità” psichiatrica
- 5** Cocaina e psicostimolanti
- 6** Il laboratorio di tossicologia: diagnosi e monitoraggio clinico tossicologico
- 7** Gioco d’azzardo, IAD e altre dipendenze comportamentali
- 8** Tabagismo – trattamento, comorbilità e riduzione del danno
- 9** Approccio proattivo ed Intervento precoce
- 10** Carcere, programmi alternativi alla pena
- 11** Una Formazione avanzata per il settore e la società
- 12** Una Ricerca applicata al servizio del sistema di governance e di intervento
- 13** Nuovi modelli organizzativi per una nuova sanità territoriale
- 14** Nuove prospettive di intervento a distanza e telemedicina

Per info e programma
inquadra il QR Code



www.federserd.it
www.expopoint.it



Edoardo Cozzolino, Alfio Lucchini
DIPENDENZE: IL VALORE DELLA FORMAZIONE PER UNA NUOVA SANITÀ TERRITORIALE
 La Scuola superiore di formazione FeDerSerD "Rita Levi Montalcini"
 Prefazione di Guido Faillace

Costruire e aggiornare un programma formativo in modalità e contenuti adeguati allo sviluppo dei fenomeni di dipendenza. Questo rappresenta il volume, attraverso il lavoro di tanti gruppi operativi nazionali che si stanno cimantando in un'opera importante: fornire strumenti e conoscenze alle diverse figure professionali che operano nel variegato sistema di intervento.

In un contesto che vede l'assenza di un indirizzo nazionale che preveda una formazione universitaria specifica sulla clinica delle dipendenze patologiche, i professionisti del settore non possono attendere le decisioni politiche o le strategie del mondo universitario. Infatti, ormai da 40 anni hanno proposto partendo dalle loro esperienze contesti formativi permanenti a cui FeDerSerD sta contribuendo in modo importante.

La nascita della Scuola superiore di formazione "Rita Levi Montalcini", intitolata alla scienziata che negli ultimi dieci anni della sua vita fu pre-

sidente onoraria di FeDerSerD, segna un ulteriore passo avanti dell'impegno formativo, in particolare verso i giovani professionisti, punto di riferimento e di colloquio costante della Premio Nobel per la Medicina.

Le sfide che attendono la sanità in Italia sono tante e i problemi enormi: è necessario, quindi, essere parte di una rinnovata sanità territoriale, affrontare le novità senza timori e atteggiamenti difensivi, e prima ancora studiare e essere aggiornati scientificamente. È fondamentale, quindi, proporre a tutti i professionisti pubblici e privati, dell'area delle dipendenze ma anche di tanti altri settori sanitari, socio-sanitari e sociali, il meglio delle evidenze scientifiche e delle esperienze operative nei vari ambiti della clinica, della ricerca applicata, degli approfondimenti teorici e della organizzazione.

Il volume, ricco di analisi e proposte, vuole aiutare i colleghi, e in particolare i giovani professionisti, ad approfondire sempre di più la conoscenza delle dipendenze patologiche, uno degli ambiti più belli e completi non solo per la medicina ma anche per la comprensione del futuro della società.

Edoardo Cozzolino, medico internista, specialista in Immunologia clinica e Allergologia. Già direttore SerD della ASST Fatebenefratelli - Sacco di Milano. Direttore scientifico di FeDerSerD Lombardia e membro dell'Ufficio di direzione nazionale di FeDerSerD.

Alfio Lucchini, medico psichiatra, specialista in Psicologia medica, psicoterapeuta. Già direttore SerD e del Dipartimento di Salute mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e Martesana. Direttore del Centro Studi e Ricerche Consumi e Dipendenze - CeRCo, Milano. Past president nazionale di FeDerSerD.



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Consiglio Direttivo Nazionale

- Guido Faillace (presidente)
- Roberta Balestra (vicepresidente)
- Concettina Varango (segretario esecutivo)
- Felice Nava (direttore comitato scientifico)
- Giulia Audino, Liborio Cammarata,
- 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 2023 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
 o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____
 NATO A _____ IL _____
 INDIRIZZO (personale) _____
 CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____
 TEL. _____ FAX _____ CELL. _____
 E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____
 TITOLO DI STUDIO _____
 DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____
 SPECIALIZZAZIONE _____
 POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____
 INDIRIZZO (lavorativo) _____
 TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____
 PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI
 IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

Chiedo

- Di essere iscritto in qualità di Socio Ordinario per l'anno 2023
 - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di socio ordinario per l'anno 2023
- a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze
 _____ li ____ / ____ / ____ Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)
 (allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____
 Visto per approvazione: Il Presidente _____