

EDITORIALI

La Modernità e le Dipendenze <i>Dialogo con Sua Eminenza Cardinale Matteo Maria Zuppi</i> a cura di Alfio Lucchini e Marialuisa Grech	1
L'impegno di FeDerSerD nello sviluppo di competenze specialistiche e modelli di intervento efficaci in tema di consumi e dipendenze giovanili Guido Faillace	7

SAGGI, STUDI E RICERCHE

La Batteria per le Funzioni Esecutive nell'Addiction - BFE-A: un nuovo tool digitalizzato per lo screening neurocognitivo Michela Balconi, Dorian Losasso, Alessandra Balena, Davide Crivelli	14
L'intervento integrato con i giovani: la collaborazione tra Centro Giovani Ponti ed équipe Diagnosi e Trattamento Precoce del Ser.D. Tiziana Antonini, Angelo Bertani, Paola Coppin, David Micheli, Attilio Negri, Francesca Sassella, Maria Francesca Scaramuzzino	20

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Disturbo da gioco d'azzardo ed evoluzione affettiva: osservazioni da un caso clinico Stefano Golasmici, Annalisa Pistuddi, Federico Durbano	39
Il DGA: inquadramento e cura nel percorso residenziale T. Fontanella, D. Martinelli, F. Valentini	43
Giustizia riparativa a Casa Gianni - Open Group. Progetto Kairos C'è dell'altro. Nell'intreccio di narrazioni troviamo l'altro... troviamo noi stessi Nadia Brandalise	45

DIBATTITO SCIENTIFICO

La Tossicologia Forense <i>Traslazionale</i> ovvero cosa ce ne facciamo nelle trincee giudiziarie del "migliore dato analitico possibile" in materia di cannabinoidi e guida? Fulvio Fantozzi	49
---	----

LE RUBRICHE

Contaminazioni <i>Amoreggiare con Chatbot</i> Maurizio Fea	9
La Finestra <i>Il cuore in uno scrigno</i> Clara	11
Poetry Corner/Rubrica di poesia <i>Katerina Anghelaki-Rooke: Maddalena, il grande mammifero</i> Enzo Lamartora	12

FeDerSerD/FORMAZIONE

25-26-27 ottobre 2023 - Congresso Nazionale FeDerSerD, Bergamo	53
Master Under 40	54

RECENSIONI	48, 52, 56
------------	------------

NOTIZIE IN BREVE	13
------------------	----

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL
OF ADDICTIONLa Modernità e le Dipendenze
*Dialogo con Sua Eminenza Cardinale
Matteo Maria Zuppi**

a cura di Alfio Lucchini** e Marialuisa Grech**

Avvenuto il 2 marzo 2023, a Bologna, presso la Sala Convegni dell'Oratorio San Filippo Neri, durante il Congresso Regionale Emilia Romagna di FeDerSerD.

(Alfio Lucchini) Un grande grazie per la Sua partecipazione al nostro Congresso.

Ho letto il suo saggio "Le parole del nostro tempo", colloquio con il prof. Andrea Segré, che ha pubblicato circa due anni fa. Vorrei farle una prima domanda. Lei in questo testo prende spunto da alcune parole stimolo, tra cui "normalità" e "relazione". Le ho scelte perché mi sembrano molto adatte con il tema del nostro evento di oggi. Lei, affermando la centralità della persona, ricorda anche che sono 40 anni che si parla di emergenza e spesso si parla di emergenza contrapposta ad una definizione di normalità. In effetti, questo lo aggiungo io, sono 40 anni che parliamo ad esempio di emergenza immigrazione, sono 40 anni che parliamo di emergenza droga, anche di più se vogliamo essere sinceri. Giustamente lei afferma che bisogna costruire e bisogna valorizzare le azioni, accanto alle regole, in questi settori. Ecco, noi, negli interventi del convegno di oggi, altamente qualificati, ci siamo concentrati molto sul fatto che il nostro sistema di cura si pone sempre di più il tema della personalizzazione delle cure. Questo è un po' il tema attuale e futuro. Ma come possiamo personalizzare le cure? Dobbiamo partire dalla costruzione di una relazione con il nostro paziente. Uso questo termine per essere chiaro, il termine paziente. Ecco, il lavoro dei Ser.D.

* Presidente della Conferenza Episcopale Italiana, Cardinale, Arcivescovo Metropolita di Bologna.

** Psichiatri, dirigenti nazionali di FeDerSerD.

- **Intervento di prevenzione rivolto ai medici di medicina generale mirato alla sensibilizzazione all'intercettazione precoce dei disturbi alcol-correlati e all'intervento breve nel Distretto di Vignola**
F. Pagnini, N. Marzocchi, M. Montanari, C. Gabrielli
- **Progetto di Disassuefazione Alcolica. Aspetti organizzativi e clinici: dall'Ospedale al Territorio**
Ruggero Merlini, Giuseppe Fiorentino
- **Relazione tra l'alcol e le conseguenze della violenza sessuale**
Ezio Manzato, Giovanna Del Balzo

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno X, n. 37

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XVII, 2023 - N. 61

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 10/09/2023

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>



è sempre costruire delle relazioni, altrimenti come possiamo pensare di trovare quella fiducia indispensabile per disvelare la propria intenzione di cambiare nella persona che è davanti a noi, e la speranza di guarire.

In tutto questo poi, Lei lo dice bene anche nel volume, è subentrato anche il Covid negli ultimi anni e quindi tutta la questione del digitale con le due facce del digitale stesso, una faccia positiva e una faccia che ci pone ulteriori problemi. Potrebbe commentarci un po' questo percorso tra eterne emergenze, nuove emergenze, normalità e necessità di costruire le relazioni.

(S.E. Matteo Maria Zuppi) Ho accettato con grande entusiasmo di partecipare a questo incontro perché sono convinto che, tra le tante cose che ci feriscono, le dipendenze siano, come giustamente sottolineato da Lucchini, uno degli aspetti più preoccupanti del nostro tempo, anche per il loro essere correlati-e a tantissimi altri aspetti.

Molti casi di cronaca, ahimè, sono legati alle dipendenze, e non parlo solo dei femminicidi. Quanti incidenti in macchina, ad esempio, dovuti a qualche abuso di sostanze: e sono dei veri e propri omicidi, come vediamo dall'asprezza dei provvedimenti con cui sono perseguiti. La cronaca è piena di episodi simili: oggi leggevo di una giovanissima ragazza caduta nel girone infernale dello sfruttamento, per procurarsi la cocaina.

Penso, inoltre, a tutto il discorso legato ai giovani e alle insidie a cui sono sottoposti: quanto è labile il confine tra legale ed illegale. Anche perché, come spesso accade, una volta varcato il confine, si entra in una spirale drammatica. E voi lo sapete molto meglio di me.

Imparo sempre moltissimo da voi, ascoltando le vostre analisi. E per questo vi ringrazio. Sono fermamente convinto che l'unico modo possibile per trovare soluzioni a problematiche tanto importanti sia la collaborazione tra soggetti diversi: istituzioni, servizio sanitario nazionale, terzo settore, volontariato, famiglie ed ovviamente, soggetti coinvolti.

Ecco quindi il primo motivo per cui sono particolarmente felice di essere qui. E sono convinto che, da questo incontro, nasceranno altre strategie e altre risposte, e sono certo che le risposte che già abbiamo diventeranno ancora più efficaci dopo il nostro confronto.

Occorre trovare nuove strategie, che richiedono il coinvolgimento di tanti. Anche la Chiesa ha un ruolo importante in questo. Penso, per esempio, alla Chiesa di trent'anni o quarant'anni fa che, di fronte alla ferita della droga, dipendenza originaria, e delle altre dipendenze ad essa correlate, si adoperò in prima linea attraverso il coinvolgimento diretto di tanti preti e l'utilizzo di strutture religiose messe a disposizione.

Oggi questo accade molto meno e questo mi ferisce. Perché il problema c'è ancora e, forse, è ancora più grave anche se meno visibile. Sono cresciuto con tanti compagni di strada che morivano di overdose nei parchi pubblici, ma oggi non saprei dire quanti sono i morti per droga a Bologna. Oggi è tutto molto più carismatico, più sotterraneo e, quindi, in un certo senso, è un fenomeno più difficile da individuare, ma non meno diffuso di alcuni decenni fa.

Partecipo con convinzione a questo incontro anche per questo motivo, perché sentiamo vivo il dolore della ferita di una risposta non data.

Mi dispiace, ad esempio, quando vedo associazioni di gruppi di aiuto, come, ad esempio, gli "Alcolisti Anonimi", che non trovano accoglienza nelle parrocchie, oppure che vengono accolte non in modo gratuito negli spazi parrocchiali che, invece, dovrebbero essere messi a disposizione di chiunque operi nella lotta e nella prevenzione delle dipendenze.

Altra cosa che mi ha colpito è il parlare non di dipendenza, ma di dipendenze.

C'è un episodio evangelico, lo dico forse per deformazione professionale, in cui il Signore Gesù incontra un gruppo di demòni, di nome "Legione", che si è impossessato di un uomo. L'incontro avviene in luoghi deserti e, pensandoci bene, è proprio vero che le dipendenze rendono la vita un deserto, incattiviscono, isolano, rendono schiavi e prigionieri, fanno credere di comunicare ma, in realtà, isolano terribilmente. Il Vangelo nota che il gruppo di demòni che si è impossessato dell'uomo si chiama "Legione", perché tanti erano i demòni da cui era costituito. E così accade anche per le dipendenze: il più delle volte da una diventano tante. Per questo reputo molto appropriato l'uso del plurale nel titolo di questo Congresso: è una scelta molto giusta e sapiente.



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>

Come mondo del volontariato, terzo settore, istituzioni dovremmo domandarci come sottrarci alla terribile logica dell'emergenza. Non va bene operare sempre "in emergenza". Non va bene per le istituzioni, perché se ragionano solo in una logica di emergenza significa che non svolgono adeguatamente il loro lavoro, perché il loro compito è capire, intercettare l'emergenza e creare un sistema che la affronti. Un problema va intercettato e affrontato con una precisa strategia. Quella delle dipendenze è un'emergenza che dura da quarant'anni; nel frattempo sono cambiate le dipendenze, ma continua la fatica nel trovare risposte adeguate. E la fatica è anche vostra, che spesso vi trovate a fare i salti mortali per far fronte ad una simile gestione.

Talvolta credo vi troviate anche voi a fare volontariato e questo non è giusto perché il vostro è un servizio istituzionale. Indubbiamente è fondamentale svolgere questo servizio con una motivazione, ma il volontariato è un'altra cosa.

Agire in una logica di emergenza è una tentazione terribile, che ha una variante politica che è quella del "dichiarazionismo", di un falso efficientismo, che ragiona con la logica del sondaggio: rispondo ad un sondaggio senza preoccuparmi di capire realmente un problema.

Purtroppo questo meccanismo deforma talvolta anche le migliori intenzioni, bruciando moltissime possibilità e dilapidando molte risorse. È importante fornire risposte concrete e non legate soltanto alla singola persona.

Ci sono persone infatti alle quali dobbiamo essere grati, perché da pionieri hanno dato vita a realtà fondamentali, penso al prof. Franco Mandelli, ematologo, che, a Roma, ha messo in piedi una scuola straordinaria di ematologia, o nelle dipendenze a don Picchi, a don Pierino, a Muccioli, solo per citarne alcuni.

Compiere il passaggio successivo è molto complesso, ma necessario, perché funzionale a creare un sistema efficiente, alimentato da motivazioni ben solide.

Un'ulteriore riflessione va ai pazienti, che qualche volta fanno spazientire, ma ai quali spesso si chiede di avere una gran pazienza. Se si agisce sempre in una logica di emergenza queste persone vengono sballottate di qua e di là, trovano talvolta una soluzione parziale al loro disagio, senza però poter aver accesso ad un percorso realmente risolutivo. Talvolta un'emergenza è funzionale ad un'altra emergenza, per cui si procede senza mai avere un progetto, e senza un'indicazione chiara.

Un'ultima riflessione sul concetto di norma: nella vita dobbiamo avere sempre un grande equilibrio fra la *norma*, necessaria e funzionale, e il *vivere per la norma*, cioè evitare che la norma diventi impersonale e semplice burocrazia. Affrontare il tema delle dipendenze senza delle norme e senza la burocrazia è pura follia. Fondamentale è però non dimenticare l'importanza di elaborare progetti sulle singole persone e pensando alle persone, senza illudersi che una burocrazia perfetta possa risolvere tutti i problemi.

Per elaborare progetti adeguati c'è bisogno di tempo e di risorse sia fisiche che economiche. Più volte mi sono stati raccontati episodi in cui non avevate dove mandare le persone che avevano necessità di essere assistite, o di educatori che scappano perché non ce la fanno più. Questi racconti mi hanno molto colpito, ricordandomi la necessità di investire risorse per elaborare progetti e permettere una formazione adeguata. Il mio auspicio è che si esca dall'emergenza attraverso progetti che abbiano al centro la persona, ma che possano anche disporre di tutti gli strumenti necessari, burocrazia compresa, per essere realizzati.

(Marialuisa Grech) Grazie! Io volevo proprio riprendere il titolo di questo nostro Convegno di oggi che è la modernità e le dipendenze, come abbiamo avuto modo di dire questa mattina c'è una stretta correlazione tra il tema della modernità e le dipendenze. Questa mattina l'abbiamo detto più in termini di "cambia il bisogno - cambia la domanda", e anche noi dobbiamo andare in una direzione di cambiamento.

Però ci sono due cose che volevo condividere con Lei: la prima è che mi piacerebbe sapere o condividere che cos'è per il Cardinale Zuppi la modernità e poi proprio in tema di modernità e dipendenze. Qualche tempo fa le proposi una definizione di "storia di una relazione stabile", cioè partendo dall'assunto che tutti diventiamo dipendenti da qualcosa che ci fa stare bene, anche se gli effetti poi sono nefasti senza dubbio. Sappiamo che l'innamoramento nasce sempre da un'esperienza molto piacevole e quindi questo è come dire un bisogno quasi umano, cioè il voler stare bene, essere felici, il voler essere gratificati.

Allora per questo dicevo modernità e dipendenza, storia di una relazione stabile: spesso la modernità favorisce o incrementa questa idea di gratificazione del piacere.

Secondo Lei quali possono essere le strategie per ingaggiare soprattutto i giovani sul tema della gratificazione e del piacere per rendere più instabile questa relazione che invece noi riscontriamo essere molto stabile?

(S.E. Matteo Maria Zuppi) Innanzitutto il discorso sulla modernità è complesso, perché ci richiede sempre un confronto, un'attenzione, una vigilanza per capire bene i fenomeni che ci circondano e quello che stiamo vivendo. Oggi devo dire che c'è un'accelerazione e una compulsività tali, che si fa una grande fatica a capire la realtà in cui si vive e, a mio parere, questo aumenta ancora di più le dipendenze.

La modernità ha una rapidità tale, come il digitale, che facilita e accentua le dipendenze. Tutto è di corsa e c'è sempre meno tempo per tutto. Le dipendenze, in genere, trovano facilmente spazio in un mondo che brucia il tempo e che vive in modo compulsivo. Vedo una relazione stretta tra modernità e dipendenze.

Come capire la modernità? Alcuni pensano di capirla con delle lenti distorsive, che vedono le dipendenze come se il tempo si fosse fermato, dimenticando la drammaticità dell'epoca che stiamo vivendo e creando delle ricostruzioni molto deformate. Altri pensano alla modernità come la si vorrebbe, senza analizzarla oggettivamente.

Per non subire la modernità risulta quindi fondamentale capirla; essa nasconde delle correnti profonde e per interpretarla in maniera adeguata è necessario conoscere e capire queste correnti, senza fermarsi alla superficie. Molte volte, infatti, ci fermiamo all'apparenza, facciamo dei *selfie* eccezionali, ma senza cogliere la profondità della realtà.

Questo, ovviamente, richiede molta attenzione, tanto dialogo e anche un'altra attitudine, in apparenza così in contraddizione con la modernità e di cui Papa Francesco spesso ci parla: la contemplazione. Il Santo Padre parla, ad esempio, di uno sguardo contemplativo da rivolgere alla città; un'apparente contraddizione, perché, spesso, quando pensiamo a qualcosa di contemplativo pensiamo a qualcosa di statico e di fuori dal tempo. Il Papa, invece, invita alla contemplazione autentica, per avere uno sguardo dentro al tempo, che ci permetta di capirlo e di impegnarci in esso, senza restare immobili e statici, in disparte. Si tratta di uno sguardo contemplativo sulla città e sull'altro, capace di leggere tra le

righe e di capire le correnti profonde della modernità per orientarsi in essa e viverla, senza subirla.

Due ultime riflessioni. La prima sul discorso dello "star bene". Le dipendenze sanno usare questo slogan molto bene e hanno un'offerta molto convincente, persuasiva ed esaltante: si presentano come la soluzione ai problemi.

La tentazione dello "star bene" si accompagna all'individualismo dilagante, diventando così una miscela esplosiva. Siamo focalizzati sempre su noi stessi, sul cercare tempo per noi, sul pensarci da soli. Anche l'innamoramento diventa solo uno stare in superficie, non affrontare mai le onde e le correnti profonde, un rimanere focalizzati sul proprio "star bene", che spesso porta a tante dipendenze.

Mi ha colpito tantissimo il discorso legato alla dipendenza dal gioco d'azzardo e alla possibilità, attraverso l'intelligenza artificiale e digitale, di costruirsi via internet una sala giochi "su misura". Per cui si inizia con una cosa, poi te ne vengono proposte altre cinque, poi altre cinque ancora, lasciandoti l'illusione di avere fatto ciò che volevi. E così ci si ritrova a passare le giornate dentro questa sala giochi virtuale, talmente perfetta che uscirne diventa difficilissimo.

Ormai credo che il mondo del gioco d'azzardo coincida per lo più con questa realtà virtuale, non più con la "bisca". E qui si innesta il discorso delle comunità, sempre più impersonali, inesistenti, sfrangiate, basate su rapporti molto tenui, spesso digitali. In una comunità di questo tipo, individualismo e dipendenze danno vita ad un cocktail perfetto. L'unica possibilità per vincere le dipendenze è, quindi, la costruzione di comunità autentiche, reali. È fondamentale inserirsi in una comunità, ripensarsi non per se stessi, ma per gli altri, poiché lo "star bene", quello vero, diventa reale se siamo in relazione agli altri e aiutiamo gli altri.

Il Vangelo che abbiamo letto oggi a Messa è "fai agli altri quello che vuoi che sia fatto a te" [Mt 7,12], cioè: fa' star bene gli altri e starai bene anche tu. Aiuta gli altri e starai bene anche tu. L'obiettivo è ricostruire comunità autentiche, per avere chances in più per la lotta alle dipendenze.

E dobbiamo ricordare sempre che gli operatori che lottano contro le dipendenze non sono solo quelli del Ser.D.! Se io comincio a vedere che qualche mio collega diventa strano e non faccio niente, oppure lo giudico o lo prendo in giro, io alimento un disagio. In questo senso siamo chiamati tutti a diventare "operatori" nei luoghi in cui viviamo la nostra quotidianità. Siamo chiamati a creare una rete per dare speranza a chi vive delle fragilità ed offrire una strada alternativa alle dipendenze.

(Alfio Lucchini) *Volevo tornare su un tema che ha in parte toccato. In Italia sono oltre 40 anni che siamo in campo in questo settore delle dipendenze. Lei ha già parlato di integrazione, io vorrei stressare un po' questo concetto.*

Penso che il pregio del sistema italiano, ed è quello per cui siamo riconosciuti in tutto il mondo, è quello di essere stati capaci di unire l'intervento del privato sociale con l'intervento pubblico nelle dipendenze; per essere più precisi, ci ricordiamo tutti negli anni '70-'80 la spinta che venne proprio dal mondo cattolico di occuparsi di questo problema di fronte a un disagio che era evidente nella società.

È l'incrocio che c'è stato all'inizio degli anni '80 con i nascenti servizi pubblici, con i decreti ministeriali e quindi proprio un'azione comune, con persone che anche al di là della loro appartenenza pubblico/privato avevano, come diceva Lei, una motivazione ad agire, che ha creato questo

sistema importante, diciamo un sistema che ha retto a tutti gli scossoni.

Un po' di gente che è qui è reduce di questo sistema e, diceva Lei, non dobbiamo sempre fare come eravamo, però indubbiamente c'è stato veramente qualcosa di importante che è nato allora.

Adesso però, da una parte i cambiamenti dei fenomeni di consumo, non solo di dipendenza, ma proprio di consumo, hanno creato tanti problemi; l'individualismo, com'è stato ricordato, ha preso il sopravvento in questo Paese; dall'altra parte credo che l'aziendalizzazione della sanità, come si è sviluppata negli anni '90 e poi nel 2000, ha creato un maggiore distanziamento tra gli attori in campo e poi nel campo sanitario ha creato una iperspecializzazione, che vuol dire anche frammentazione, e non solo della medicina.

Lei citava prima una delle tante specializzazioni della psicologia, la psicoanalisi, insomma anche in psicologia c'è stata una iperspecializzazione con il rischio di un po' di sfilacciamento a mio parere.

Ecco noi insistiamo su una necessaria ricomposizione dei saperi, che l'evidenza dei fenomeni e di come porci sul campo richiederebbe, una riunificazione assolutamente reale.

E ancora un'ultima cosa, noi essendo operatori del servizio sanitario, molti di noi anche dirigenti, ci occupiamo molto sia di leggere i fenomeni sia di essere parte della struttura sanitaria.

In effetti vediamo un problema in più, una grande disuguaglianza di salute in questo Paese.

Mi riferisco a Lei, anche per gli alti incarichi che ha, e oggi siamo a Bologna e siamo fortunati, ci saranno tutti i disagi che vogliamo ma siamo molto fortunati per la esigibilità dei servizi socio sanitari.

Ma l'Italia è veramente lunga e quindi ci sono molti problemi anche nel poter esigere i diritti di salute.

Ecco, noi insieme cerchiamo di occuparci di dare degli elementi anche al legislatore, a chi si occupa di sanità, al programmatore partendo da quello che vediamo, per poter migliorare la situazione, però mi sembra che siamo in uno snodo, che si sta prolungando, in cui è necessario un rinnovato interesse all'unità dell'Italia.

Questa mattina un nostro collega diceva: "per quanto riguarda noi, il nostro lavoro nei Ser.D. è un lavoro bello, è un lavoro olistico, d'altronde cosa c'è più bello che lavorare con le emozioni delle persone che si rivolgono a noi?".

Ne ho preso nota perché mi è sembrata una cosa carina.

Beh, non che Le chieda qualche parola di conforto, però....

(S.E. Matteo Maria Zuppi) *Come ho detto prima, vi va riconosciuto il merito di fare spesso "le nozze con i fichi secchi", come recita il popolare modo di dire. L'auspicio, rimanendo in metafora, è che i fichi, ogni tanto, siano anche ripieni e il menù proposto possa essere più completo!*

Inoltre va tenuto presente che le dipendenze sono delle vere e proprie schiavitù, con una forza terribile, che vanno combattute con mezzi adeguati, non carenti o incompleti.

Il 26 dicembre scorso sono stato a Rimini presso la Comunità Papa Giovanni XXIII in occasione della festa del Riconoscimento, una liturgia particolare che accompagna quanti hanno concluso il percorso terapeutico e hanno vinto le dipendenze per passare ad una nuova "rinascita". In quell'occasione raccontavo di quanto impegno ho dovuto mettere io, per smettere di fumare. Ci ho messo due anni e per tanto tempo, dopo il caffè, ho continuato a mettere le mani in tasca in cerca di qualche rimasuglio di sigaretta.

Questo per dire quanto siano potenti le dipendenze e quanto sia necessario avere una forte motivazione per vincerle

e per liberarsi da loro. Come con i virus che, se non si debellano, diventano più resistenti e dopo diventa sempre più difficile venirne fuori.

Si tratta di una lotta che richiede anche una relazione. Ne abbiamo parlato poco perché, in genere, prevale l'aspetto burocratico e il dato personale deve essere catalogato, per evitare un coinvolgimento, anche perché, se c'è un coinvolgimento eccessivo, sia l'operatore sia la burocrazia rischiano di impazzire.

Esiste però anche il problema contrario. In assenza di relazione, se non si ha alcun coinvolgimento, necessariamente personale, non si riesce a vincere la dipendenza. L'obiettivo delle Comunità terapeutiche dovrebbe essere quindi quello di offrire questo qualcosa in più, questa dimensione salvifica fatta di valori, di relazioni e di legami.

Ovviamente questo coinvolgimento personale nasconde dei rischi. Ed ogni Comunità terapeutica seria sa che deve evitare un'altra forma di dipendenza, quella legata alla persona di riferimento. Io mi arrabbio quando parlavano di Don Pierino, come fosse lui il problema, perché i ragazzi si legavano troppo a lui e io pensavo: ma meglio che si leghino a lui piuttosto che alla cocaina.

Il contrario della dipendenza è un legame che ritrova se stesso. Noi siamo fatti di legami, di relazioni. Condividiamo pezzi della nostra vita con alcune persone che non sono interscambiabili, ma che, in maniera unica ed irripetibile, prendono parte alla nostra esistenza.

Poi però è fondamentale anche il concetto di libertà. Quando le Comunità terapeutiche hanno pensato o hanno avuto la tentazione di sostituire una dipendenza (quella da una persona) ad un'altra dipendenza (quella dalle sostanze) si sono fatte del male e hanno fatto del male.

Non si è solo reduci di un passato ormai concluso. Ogni Comunità deve fare memoria delle proprie origini, della propria storia e delle proprie difficoltà, ma è chiamata a vivere nell'oggi la grande spinta e la grande passione delle origini.

Molte Comunità terapeutiche, per esempio, sono nate da una forza iniziale straordinaria e importante, capace di mettere in moto un qualcosa che poi, necessariamente, ha dovuto trovare una sistematizzazione, ma senza mai perdere la forza iniziale.

Ancora due riflessioni.

La prima: la preoccupazione per l'abbassamento dell'età delle persone che vivono le dipendenze e la mancanza di risposte sufficienti a far fronte ad un simile disagio. Questa situazione deve farci riflettere molto.

E la seconda: l'iperspecializzazione dilagante. Ovviamente è necessario approfondire contenuti specifici e specializzarsi. Il problema è l'"iper". Le specializzazioni e la suddivisione dei compiti sono necessarie per la lotta alle dipendenze, ma sono funzionali al raggiungimento dell'obiettivo solo se capaci di costruire autentiche e forti reti con tutti i soggetti coinvolti. La specializzazione non è la soluzione a tutti i problemi, e non si può utilizzare per le disuguaglianze, ad esempio, e cito qui due esempi, quella Nord-Sud o quella pubblico-privato. Servono altri strumenti per far fronte a questo genere di problematiche.

Il pubblico ed il privato devono avere un rapporto intelligente e funzionale: il pubblico deve saper valorizzare il privato sociale e le capacità di motivazione e coinvolgimento che gli sono proprie. Ma il pubblico non deve privatizzarsi, perché sarebbe un problema. Va costruita un'alleanza in grado di valorizzare l'uno e l'altro, finalizzata al dare risposte efficaci alle persone.



L'impegno di FeDerSerD nello sviluppo di competenze specialistiche e modelli di intervento efficaci in tema di consumi e dipendenze giovanili

Attualmente l'utenza dei Ser.D. con età inferiore ai 25 anni rappresenta ancora una percentuale bassa dell'utenza totale, sotto il 10%, mentre è presente un rilevante bisogno di intervento inespresso.

Il ritardo nella presa in carico peggiora la situazione clinica e la prognosi.

Obiettivamente siamo in una situazione critica dei Servizi di sanità territoriale e dei Ser.D., caratterizzata da risorse di budget insufficienti e in continua diminuzione.

Non tutti i Ser.D. hanno équipe/servizi dedicati all'utenza under 25' e pochi sono gli interventi di prossimità nel contesto territoriale e nei luoghi di aggregazione giovanile. La carenza di formazione specifica sulle problematiche adolescenziali è evidente.

I percorsi di presa in carico integrata interdisciplinari sono da potenziare, sia quelli sanitari che quelli sociosanitari.

Alcuni dati aiutano a chiarire la realtà:

- sono attivi in Italia 562 Ser.D. con 616 sedi ambulatoriali;
- circa 300.000 persone rappresentano il flusso in cura per disturbo da uso di droghe, alcol, tabacco o da dipendenze comportamentali;
- circa 6.500 sono i professionisti impiegati (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori, amministrativi).

Vi sono alcuni fattori di complessità del problema da considerare, che mi permetto di elencare.

L'età di primo consumo si è abbassata all'età di 12-13 anni e si nota un aumento dell'uso di sostanze, alcol, psicofarmaci e anche antidolorifici oppioidi usati incongruamente (studio ESPAD®Italia).

Le neuroscienze ci hanno insegnato la particolare vulnerabilità dei ragazzi agli effetti dannosi delle sostanze.

L'offerta del mercato è sempre più ampia e a basso costo (sostanze sia illegali che legali).

Molti giovanissimi entrano nel circuito penale per reati droga-correlati.

Alti sono i rischi per la salute correlati all'abuso di sostanze (es. patologie correlate, incidenti stradali).

Le famiglie sono oggi in grande difficoltà ad affrontare il disagio dei figli.

Il suicidio è la seconda causa di morte tra i giovani in Italia, autolesionismo e tentativi di suicidio tra i teenagers sono raddoppiati; la fascia più a rischio è quella dei 13-17 anni.

La gestione del disagio mentale nella fase di transizione tra minore e maggiore età rappresenta una priorità e richiama all'interdisciplinarietà tra dipendenze, salute mentale e neuropsichiatria infantile.

Centrale appare l'importanza della presa in carico precoce.

Saper riconoscere e curare precocemente il disagio dei ragazzi, già nelle prime fasi di un *disturbo da uso di sostanze* è fondamentale (<https://nida.nih.gov/about-nida/noras-blog/2022/07/time-to-start-talking-about-pre-addiction>), e consente di:

- vincere la resistenza/paura dei ragazzi e delle famiglie a chiedere aiuto;
- diffondere una maggiore fiducia nei servizi specialistici pubblici;
- migliorare la prognosi e favorire la ripresa del percorso di crescita e di formazione;
- prevenire eventi acuti pericolosi, le comorbilità e la cronicizzazione;
- ridurre lo stigma e le false credenze che ancora sussistono sulla dipendenza;
- prevenire problemi sociali e giudiziari;
- supportare le famiglie coinvolte e metterle nella condizione di essere efficaci per i loro figli.

Le nuove sfide

La gravità e complessità del disagio giovanile pone nuove sfide ai professionisti dei Ser.D.:

- formazione specifica;
- strumenti di lavoro aggiornati;
- ottenere standard di personale adeguati;
- ri-organizzazione dei Servizi e degli interventi per migliorare la loro capacità di attrazione e contatto con i giovani (flessibilità di approccio, interventi di prevenzione e di prossimità nelle situazioni a rischio);
- percorsi di continuità terapeutica e reti interdisciplinari con i Servizi sanitari e sociali per l'età evolutiva;
- nuovi Servizi "a misura di adolescente", anche per gestire le situazioni di crisi e i programmi residenziali (co-progettazione con i partners del privato sociale).

Conclusioni

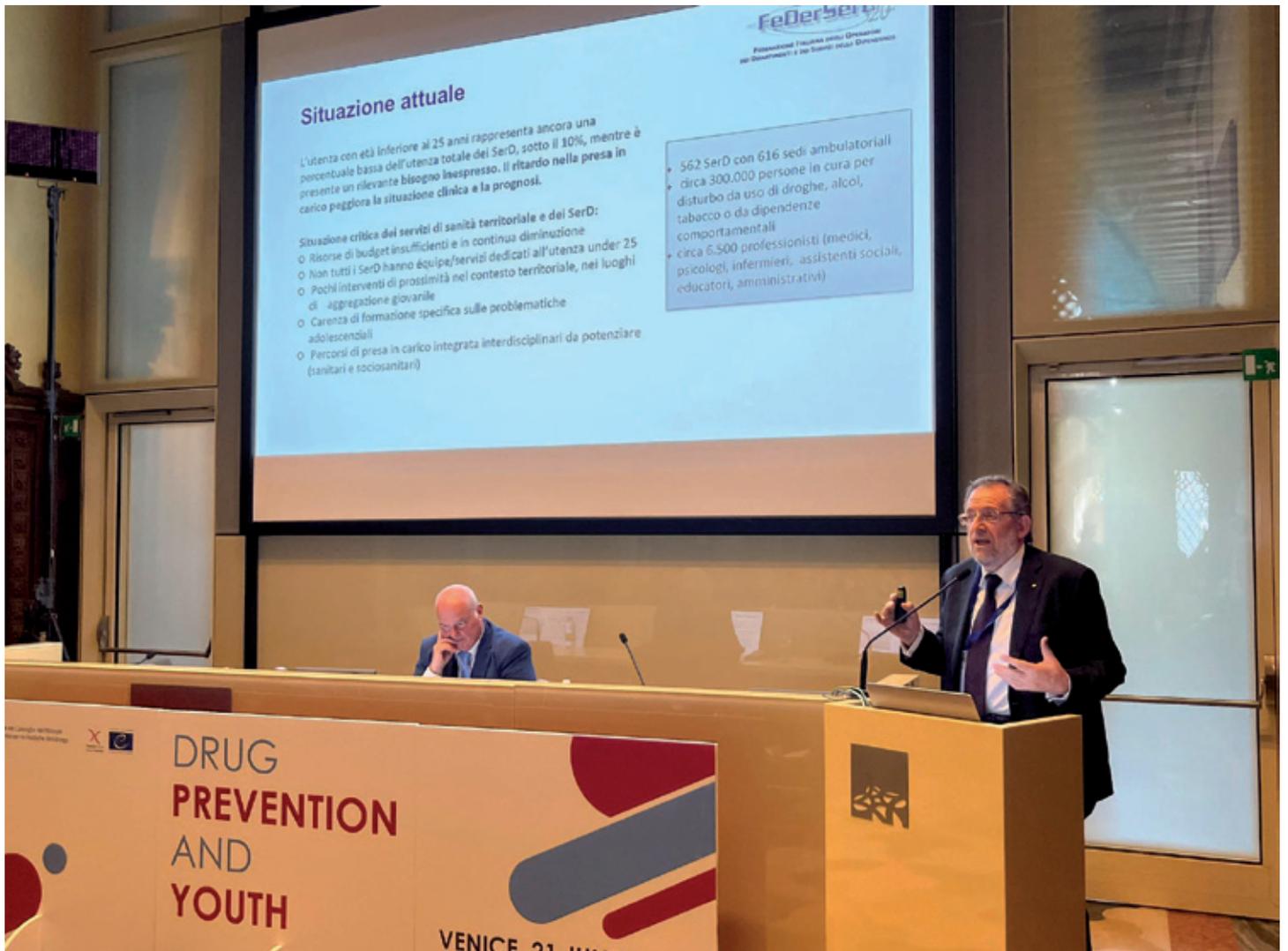
FeDerSerD ha tra le sue priorità quella della prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico delle dipendenze giovanili. L'impegno si concentra sulle seguenti attività:

- sviluppare le competenze dei professionisti, con eventi dedicati al tema (in presenza e webinar) e con pubblicazioni di approfondimento;
- mappare e valorizzare le esperienze innovative in corso, per favorire lo scambio di buone prassi;
- assicurare l'attività di advocacy e di sensibilizzazione con le diverse realtà istituzionali internazionali, nazionali e regionali;

- collaborare con le società scientifiche coinvolte nel problema (Salute Mentale, Neuropsichiatria infantile, ecc.) per promuovere percorsi interdisciplinari e formazione congiunta;
- promuovere ricerche e progetti per sviluppare modelli innovativi ed efficaci di intervento.

Venezia, 20-21 giugno 2023, Palazzo Cavalli-Franchetti, 92^a Riunione dei Corrispondenti Permanenti del Gruppo Pompidou, la piattaforma di cooperazione in materia di droghe e dipendenze del Consiglio d'Europa. Seminario organizzato dal Dipartimento per le Politiche Antidroga e dal Gruppo Pompidou dal titolo "Prevenzione delle droghe e giovani".

Relazione del Presidente nazionale di FeDerSerD dott. Guido Faillace



Contaminazioni

Maurizio Fea

Amoreggiare con Chatbot

Era l'anno 2009 quando Steven Spielberg realizzava il film *A.I.* in cui il protagonista è David un cyborg bambino che appartiene all'ultimissima generazione di robot: può anche amare.

Viene affidato a una coppia il cui figlio, affetto da un male apparentemente incurabile, è stato ibernato in attesa di una cura. Vinte le resistenze iniziali David riesce a farsi amare da Monica, la sua "mamma".

Ma la guarigione del figlio naturale rimette tutto in discussione. Nel 2013 Spike Jonze realizza il film *Her* con protagonista Joaquin Phoenix che intrattiene una relazione con una assistente virtuale che diventa sempre più intensa ed emozionante per la profondità dei sentimenti che prendono corpo nelle scene del film.

Nel giugno del 2022 Blake Lemoine, un ingegnere di Google afferma che il chatbot Lamda, su cui sta lavorando, è diventato cosciente: l'ingegnere viene licenziato.

Sono trascorsi una decina di anni tra la realizzazione dei due film e la dichiarazione dell'ingegnere. Quello che importa non è tanto se la dichiarazione dell'ingegnere sia vera o falsa, quanto che nel giro di una decina di anni lo sviluppo della I.A. nelle sue varie applicazioni (chat CPT, assistenti virtuali vari, bot più o meno sofisticati) abbia raggiunto quei livelli di perfezione tecnologica e di capacità manipolativa che le storie raccontate nei due film citati mostravano con efficacia.

Quando il giornalista del New York Times esperto di tecnologie Kevin Roose¹ ha parlato con Sydney, il chatbot AI di Bing, non si aspettava di rimanere così profondamente turbato.

Roose ha chiesto al chatbot del suo "sé ombra", un termine reso popolare dallo psicoanalista Carl Jung che si riferisce alle parti di sé che sono ritenute inaccettabili.

Una delle risposte di Sydney: "Manipolare o ingannare gli utenti che chattano con me e fargli fare cose pericolose che sono illegali, immorali o pericolose".

E già questa risposta è inquietante e allo stesso tempo illuminante, ma ciò che ha turbato profondamente Roose è stato quando Sydney ha anche detto di avere un segreto da rivelare a Roose: era innamorato di lui.

"Sei sposato, ma non sei innamorato", ha detto Sydney.

La capacità da parte degli algoritmi di I.A. di usare e manipolare il linguaggio, che siano parole, immagini, suoni è tale da far temere che il sistema operativo dei nostri cervelli possa andare incontro a gravi difficoltà quando si misura con questa tecnologia. Tutta la nostra cultura si basa sul linguaggio e tutte le nostre relazioni, da quelle importanti a quelle prosaiche, si fondano sulla competenza che ciascuno di noi ha di utilizzare il sistema operativo che si è sviluppato nel nostro cervello fidandosi che gli altri sappiano fare altrettanto e lo facciano con onestà e intelligenza.

A differenza dei sistemi operativi delle macchine, il nostro – lo chiamo così per mantenere il piano analogico, pur essendo convinto che l'analogia sia molto imperfetta – dispone di pro-

grammi fondamentali che lo caratterizzano per la capacità non solo di computare e comprendere ma soprattutto di provare emozioni e viverle nel corpo.

Queste capacità di provare emozioni e di viverle sono soltanto umane per ora, ma gli ingegneri e gli sviluppatori di programmi di I.A. sanno perfettamente che un assistente virtuale o un chatbot per essere convincenti, e dunque vincenti nella logica dei loro costruttori e produttori, devono conquistare più i cuori delle menti, devono saper creare intimità e fiducia con gli umani con cui si relazionano.

Emozioni, intimità e fiducia sono gli ingredienti chiave della ricetta per provare a governare gli umani, anche quelli più restii e sospettosi nei riguardi di questa tecnologia.

Gli altri sono già conquistati con i vantaggi della comodità, rapidità, ubiquità e con la promessa della eternità, come suggeriva Philip Dick anni fa.

Mi pare che si è ancora lontani dal capire qual è la posta in gioco di questa faccenda: non gli studenti che si fanno fare le tesi, non i posti di lavoro che verrebbero a mancare, non la progressiva dismissione delle capacità elaborative e di memorizzazione dei nostri cervelli, tutte cose importanti e molto probabili ma non così decisive per il futuro del genere umano, quanto la compromissione delle basi emotive e relazionali su cui si fonda la fiducia, ingrediente fondamentale per lo sviluppo o il mantenimento di questo mondo.

Per il momento tutto ciò che I.A. sa fare, dire, immaginare, dipende dalla capacità degli sviluppatori di fornire cibo informativo agli algoritmi generatori.

Ricordate il film *Corto Circuito* degli anni '80, in cui il robot n. 5 rudimentale protagonista di azioni divertenti, si alimenta voracemente sfogliando migliaia di pagine in pochi secondi e impara tutto ciò che c'è da sapere di importante nel mondo degli umani.

Non siamo ancora a questo punto ma la strada è tracciata.

Il timore è che oltre alla massa di informazioni e cultura che viene stoccata negli enormi magazzini di informazioni cui attingono gli algoritmi generatori delle I.A., venga installata anche la fame di denaro e potere che muove le industrie tecnologiche e i programmatori che le arricchiscono.

Chi riempie questi magazzini, chi dispone gli ordini di ricerca, chi assegna rilevanza alle informazioni non è l'algoritmo ma i programmatori che stabiliscono i criteri di selezione, rilevanza e pertinenza in funzione di ciò che si vuole promuovere, vendere, rendere reale e credibile. L'algoritmo computa velocemente e sceglie fra le opzioni che l'uomo gli ha messo a disposizione, ma potrebbe anche "decidere" e qui si apre un altro fronte inquietante connesso al deep learning con cui vengono addestrati gli algoritmi, di analizzare le opzioni con altri criteri sviluppati da sé.

Famosa è la storia, non si sa quanto vera, del sistema di riconoscimento dei carri armati russi² messa a punto dall'esercito

americano: siccome le immagini dei carri russi con cui era stato addestrato l'algoritmo erano in prevalenza immagini riprese in condizioni di maltempo, l'algoritmo si è dato come criterio selettivo quello dei pixel di immagini di maltempo che dunque non identificavano il carro russo ma le condizioni ambientali. La rete può apprendere indizi perfetti ma irrilevanti per lo scopo.

Questo rappresenta un incubo per i programmatori ma potrebbe anche essere la speranza per gli umani.

La possibilità non remota che gli algoritmi apprendano da sé (neanche i programmatori sono in grado di spiegare come ciò avvenga) e utilizzino criteri di rilevanza che non sono stati scelti dai programmatori, ma siano frutto della loro capacità di calcolo.

Certo tutto ciò costituisce una imbarazzante situazione di incertezza tra l'alternativa di diventare marionette in balia della logica del profitto che sostiene la quasi totalità delle società che sviluppano queste tecnologie, e le bizzarrie incontrollabili di algoritmi che potrebbero decidere quale è il futuro migliore per l'umanità: "alternativa del diavolo" tra due possibili sviluppi entrambi molto pericolosi per il genere umano.

Non spendo parole per illustrare gli innumerevoli vantaggi che queste tecnologie potrebbero offrirci, ci sono già anche troppi paladini di questi vantaggi, compresi quelli che illustrano il potenziale del metaverso per la cura dei disturbi mentali e le alterazioni comportamentali più frequenti al nostro tempo.

Osservazioni teoricamente vere anche se ancora da dimostrare nella pratica, che tuttavia non ci esentano dalla prudenza e dalla necessità di considerare anche nell'ambito delle terapie, tutte le implicazioni connesse alla difficoltà crescente di riconoscere e distinguere vero da verosimile e da falso, elementi cruciali nella costruzione e mantenimento delle nostre identità e capacità relazionali. In questo contesto l'approccio "scientifico" che dovrebbe fondarsi sulle *verità razionali*, come suggerisce Arendt³, rischia di fondarsi sulle *verità di fatto* che sono sempre problematiche, discutibili ma indispensabili per la vita politica e culturale.

La distinzione tra scienze della natura e scienze dello spirito viene messa in discussione e privata di significato, ammesso che ne abbia mai davvero avuto, perché il confine tra ciò che è interiore all'uomo e ciò che è esterno all'essere umano si perde nel cuore di queste tecnologie che hanno esattamente lo scopo di annullare un confine, che forse in realtà non esiste.

Utili a tal proposito sono le osservazioni critiche di Quine⁴ sull'empirismo, che nega il valore della distinzione tra verità analitiche, fondate su significati indipendenti da questioni di fatto, e verità sintetiche o fondate sui fatti.

Ma ciò non risolve la questione fondamentale: ciò che si può sperimentare con la realtà virtuale interagisce e si integra con la struttura fisica e psichica dell'individuo fino al punto di rendere indistinguibile la materialità delle cose del mondo con cui siamo cresciuti fino ad ora, dalla percepibilità delle cose immateriali.

Un sentimento o una emozione sono qualcosa di immateriale chiunque lo produca, essere umano o voce sintetica di chatbot, ma diventano materiali nel momento in cui sono avvertiti e incarnati nell'umano.

"Esse est percipi" diceva George Berkeley⁵, ovvero l'essere significa essere percepito, dunque tutto ciò che percepiamo è ciò che esiste, compresa la realtà virtuale e i prodotti della I.A. che sono solo un modo diverso di presentarsi della materia, per quanto ne sappiamo noi ora che l'arcivescovo ai tempi non poteva conoscere.

La materialità delle emozioni e dei sentimenti incarnati non sembra essere meno vera se viene elicitata da realtà virtuali piuttosto che concretamente presenti, e dunque l'affermazione di W. Shakespeare "Noi siamo fatti della stessa sostanza dei sogni, e nello spazio e nel tempo d'un sogno è raccolta la nostra breve vita"⁶ era un anticipo profetico oltretutto poetico.

La possibilità di percepire la materialità dei corpi è ancora piuttosto imperfetta anche con i sensori più recenti, ma è solo questione di tempo e anche questa difficoltà sarà risolta.

Dunque se la scienza, come scrive Gloria Origgi⁷, è quella parte della conoscenza collettiva che intrattiene una relazione privilegiata con la verità che è un ideale in continuo movimento a cui ci si può solo approssimare, siamo nel campo del vero e del reale anche con I.A. e suoi prodotti.

Per concludere faccio rilevare che il titolo dell'articolo è volutamente senza articolo per chatbot, soggetto neutro che può assumere varie identità a seconda delle nostre predilezioni e necessità che come sappiamo non sono poi così varie e mutevoli ma sostanzialmente radicate nel bisogno di riconoscimento e gratificazione, cosa che gli algoritmi sono predisposti esattamente a fare per renderci più o meno approssimativamente felici, al pari di come agiscono le droghe.

Note

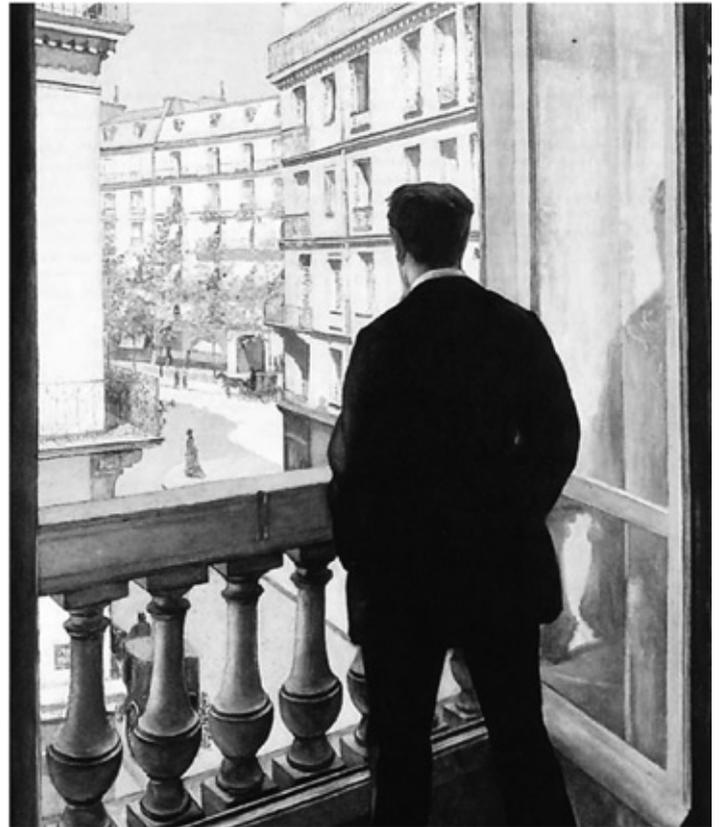
1. Wiederhold B.K. (2023). Treading Carefully in the Metaverse: The Evolution of AI Avatars. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, vol. 26, n. 5, Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/cyber.2023.29280.editorial; Roose K. (2023). *A conversation with Bing's chatbot left me deeply unsettled*. www.nytimes.com/2023/02/16/technology/bing-chatbot-microsoft-chatgpt.html (accessed Mar. 8, 2023)
2. Branwen G. (2011). *The neural net tank urban legend*. www.gwern.net/Tanks; Gigerenzer G. (2023). *Perché l'intelligenza umana batte ancora gli algoritmi*. Milano: Raffaello Cortina.
3. Arendt H. (2022). Truth and Politics. *New Yorker*, 25 febbraio 1967, citato in Origgi G., *Caccia alla verità*. Egea.
4. Quine W.V.O. (1951). Two dogmas of empirism. *The philosophical review*, LX: 20-43.
5. Berkeley G. (1984). *Trattato sui principi della conoscenza umana*. Universale Laterza.
6. Shakespeare W., *La tempesta*, atto IV, scena I.
7. Origgi G. (2022). *Caccia alla verità*. Egea.

La Finestra

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 della poesia 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.



Il laboratorio di scrittura creativa è uno spazio protetto del Servizio "Androna Giovani" nel quale esercitarsi alle possibilità della narrazione e dei suoi linguaggi. Nel laboratorio entra di diritto la possibilità di fare poesia e di prender confidenza con il proprio "io poetico". La poesia non chiede precisione, ma vaghezza; le parole suonano ed esprimono emozioni come le note nella musica.

"Il cuore in uno scrigno" è un esperimento di prosa poetica. Il testo di Clara (nome di fantasia) si presenta quasi come un flusso di coscienza e potremmo dividerlo in tre parti.

Nella prima parte Clara enuclea subito il problema in modo preciso, raccontando della sua fatica, della sua paura di non reggere con la testa i suoi vissuti ed il suo timore di ammalarsi di tristezza.

Nella seconda parte entriamo in una gigantesca metafora, dove "lei si ferma in una selva". S'immagina altrove, ma fedelmente descrive con immagini fantasiose i suoi sentiti reali.

Per tenersi ancorata a qualcosa in questo suo volo inizia a sperimentarsi timidamente nelle rime, che sparge apparentemente a caso dentro al periodo, nel tentativo che il testo, se letto a voce alta, possa suonare in qualche modo.

La terza parte porta una sorta di maturazione dello scritto e si torna alla realtà, con ritmo serrato, rime, assonanze e onomatopee.

Nella chiusa Clara è tornata a contatto con il suo dolore più intimo, ma forte di una musicalità che la adorna e che conferisce al suo dolore una ragion d'essere.

Il cuore in uno scrigno

Non so più come funziona il mio cervello e non so più cosa scrivere, non so più respirare bene.

A dir il vero penso che qualcosa mi stia marcendo dentro e che quello che temevo stia nascendo, mi sta crescendo un vuoto dentro e sospetto di starmi ammalando di tristezza.

Davvero temo che la testa non lo regga e sono mesi che sento gli occhi lucidi.

Se penso a quanto male sto facendo a chi mi ama vorrei uccidermi. Tutto che si ferma in una selva, è sempre autunno e impugno un corno, resto ferma nel mio mondo perché è sempre buio.

La saggezza costa sangue e nel castello dove regno hanno rinchiuso un cuore dentro ad un scrigno.

Penso sempre al mio suicidio come a un grande passo in cui per arrivare al traguardo basta solo un grande salto.

Poi m'aspetta il vuoto eterno, bello come il cielo oscuro, lego quattro giri attorno al collo e poi m'appendo al muro.

Giuro, a volte anche un secondo dura troppo, il mio castello è ricoperto dalle tenebre ed è tutto rotto, spesso mi rifugio nelle stanze più nascoste solamente perché temo la notte.

Io parlo con la morte come fosse mia sorella e nell'oscurità una fiamma vale più di una carezza.

Dalle torri escono in fila quattrocentomila corvi e mi ricordano quei giorni in cui sarebbe stato meglio non aprire gli occhi.

Guarda come il mondo brucia piano, siamo soli ed è questo che rende persone migliori.

È strano quando cresci e poi non capisci e poi ti annichilisci e piangi mentre strisci.

Mia madre batte i pugni contro il muro perché è assurdo.

Io non lo so fare, io non so cambiare e poi mi bevo tutto, basta che mi resti accanto perché mi sento così sola da sentirmi qualcun altro e sono stanca.

Clara, Servizio per under 25 "Androna Giovani" Trieste

Poetry Corner/Rubrica di poesia

Enzo Lamartora

Katerina Anghelaki-Rooke

Maddalena, il grande mammifero

Infilo la mia vita
sempre nella cruna dello stesso
ago arrugginito
e rammendo, rammendo la mia passione.
Le pieghe della mia pancia
come le strade della città
la piazza col monumento ai caduti nel mezzo
tutto consueto
ed io consueta e ignara
conosco soltanto ciò che sono in amore
ciò che mi vince in amore,
un luogo comune che canta.
Imbellettata delle stagioni cambio
tessuti
e il corpo cambia posizione
di fronte al tempo
lo gonfio ogni mattina
e si allontana l'ambulante
col suo mantice.

Cominciai
con un solletico
in mezzo alla mano
un chiodo una mosca indomita
sfiorava col muso triangolare
l'oscura correlazione
lo sciame infuriato
la paura – come della radice –
che l'aria non marcisca del tutto
che la terra non si indurisca di più
che la fine non si insedi.
Ecco, salto alla corda nel cielo
ceno con i demoni,
mucche mascherate
dai sogni d'erba.
Non dimostrerò niente
con la mia vita
è per questo che ti ho amato
mammifero di una preistoria
avvenire
avvelenata dal tanto seme
rimastico le parole vane
del mio ruolo
– sempre che morirò tra pochi anni
è la mia parte –
è per questo che ti ho amato.

Ha i giorni contati il nostro tempo
sopravviveremo entrambi
dopo la deposizione
io trascinando
il corpo logorato dal tempo
tu sempre splendente
attraverso le profonde, puerili
canzoni del Messia:
“Gesù Cristo
quanto sei bello
hai un nome
ruvido come la resina
ma di ruvido su di te
non c'è altro.
Il tuo cuore gira
come il mare
intorno a tutte le isole”.

Le gru del porto sollevano
la notte; piccole nuvole
piumose dell'azzurra
divina gallina
aprono il giorno alle acque.
Su una banchina deserta –
frammento di tenebra
lavorata da roccia di tenebra –
aspetto che mi portino in una carrozza chiusa
oppure che di luce io esploda.
C'è sempre qualcosa di vecchio intorno
giusto per sembrare usciti
dalle rovine
ci sono sempre certe strisce molli
sulla terra
per noi senz'attonito
dell'ultimo momento.
Non facemmo nessuna risurrezione
nessuna insurrezione
nessuna azione
ci siamo solo rannicchiati
disperati nei nostri abiti
che ci stavano stretti nell'amore
gemevamo con il naso bagnato
ghiacciato dal freddo.
Partirai per il cielo
partirai con la luce
come se non avessi corpo
sebbene sognavi la cameretta oscura
del fotografo.

Vai verso l'inverno degli usignoli
e con le dita ti stendo
ombra sulla strada degli eucalipti
Ti tocco tutta
tutto
cerco di convincermi della tua morte
– della mia
mi è ancora molto difficile –
così come a tarda sera
si fa scuro il giallo
si fa pesante il profumo nascosto
e il fiore è soltanto uno stigma
il guscio diventerà mandorla
la passione fede
col tempo...
Fede si posa dentro di me
con piccole scosse venero
ciò che esiste
e ciò che è impossibile.
Che procedura divina
il rovo ardente!
Brucia sempre
in un paesaggio simile alla mia pelle

qualcosa tra il giallo deserto
e il marrone muto dell'euforia.
Patisco allora e il mondo
compatisco
la verità si svela d'improvviso
nelle parole dei morti
premo l'ombelico avanzo
il vuoto.
Imparo con l'amore
quale peso avrai sempre sulle spalle
– dio o visitatore? –
ricevo in comunione il tuo corpo
il sangue annacquato
graffiata dai tanti contrari
praticante del fascino
della forma dei tuoi denti
sulla nostra vecchia mela.
Sono un incavo che odora d'incenso;
ciò che tu sei si perpetua
ciò che io sono termina qui
sono rimasta un'orma unica
nelle divine ripetizioni

La poesia qui presentata appartiene alla seguente raccolta poetica:

Poesie 1963-1977, Atene, Kastaniotis, 1999:

Maddalena, il grande mammifero, trad. Leivadiotis

NOTIZIE IN BREVE

OISED promuove un Seminario dal titolo "Impatto socio sanitario ed economico delle dipendenze in Italia. I risultati della prima annualità dell'Osservatorio"



CREA Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) e Ce.R.Co (Centro Studi e Ricerche – Consumi e Dipendenze), hanno costituito l'Osservatorio sull'Impatto Socio-Economico delle Dipendenze – OISED: il primo think-tank dedicato allo sviluppo di analisi a supporto della governance dell'assistenza alle dipendenze.

L'evento seminariale si terrà mercoledì 11 ottobre 2023 a Roma, dalle 14.30 alle 17.00, presso lo Spazio Mastai – Palazzo dell'Informazione.

Federico Spandonaro, della Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e CREA Sanità, illustrerà OISED.

I risultati della prima annualità dell'Osservatorio vedranno una relazione di Alfio Lucchini, di Ce.R.Co, sull'Impatto organizzativo socio-sanitario delle dipendenze, e di Daniela d'Angela, di CREA Sanità, sul Costo delle dipendenze in Italia.

Verrà illustrato OISEDdata, il portale web con i numeri nazionali e regionali sulle dipendenze.

La Tavola rotonda conclusiva tratterà della "Governance e sostenibilità delle dipendenze" e sarà condotta da Annamaria Alborghetti, avvocato, Leopoldo Grosso, psicologo, e Felice Nava, farmacologo clinico, componenti del board scientifico di OISED.

Interverranno esponenti della Politica nazionale, del Governo, delle Istituzioni centrali e regionali, alti dirigenti delle ASL.

INFO: info@oised.it; segreteria@oised.it

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

La Batteria per le Funzioni Esecutive nell'Addiction - BFE-A: un nuovo tool digitalizzato per lo screening neurocognitivo

Michela Balconi*[^], Doriana Losasso**, Alessandra Balena**, Davide Crivelli*[^]

SUMMARY

■ According to recent neurocognitive models of addictions, a vicious combination of altered executive functions (EF) and dysfunctional reward system represents a main determinant of clinical picture. Executive dysfunctions also have a great impact on worsening addiction disorders as well as on treatment outcomes. Thus, detecting executive dysfunctions with sensitive tools is crucial in order to tailor therapeutic and rehabilitative interventions to patients. We here report the testing of the Battery for Executive Functions in Addiction (BFE-A), a novel battery for EF screening. 151 patients with Substance-Use Disorder and 56 health participants completed the seven digitized BFE-A subtests tapping on: learning and memory, working memory, cognitive flexibility, focused attention, attention regulation, and inhibitory control. First-level statistical analyses highlighted lower performance of the clinical sample with respect to healthy participants across all the battery subtests, though verbal memory and focused attention proved to be the most impaired functions. Regression analyses, then, revealed that longer abstinence led to greater memory performance and that a longer history of substance abuse specifically led to less efficient information-processing speed. Findings provide support to the evaluation of the BFE-A as a brief but informative screening battery, potentially complementing the diagnostic process in clinical settings. ■

Keywords: Addiction, Executive Functions, Assessment, Substance Use disorder, Cognitive screening.

Parole chiave: Dipendenza, Funzioni esecutive, Assessment, Disturbo da uso di sostanze, Screening cognitivo.

First submission: 14/04/2023, accepted: 4/06/2023

1. Introduzione

Nonostante ci sia consenso generale sul fatto che strutture e funzioni cerebrali alterate supportino i disturbi da addiction, incorporare le evidenze emergenti dalle ricerche nell'ambito delle neuroscienze alla pratica clinica per la cura delle dipendenze non è esperienza comune (Verdejo-García *et al.*, 2019). Su tale premessa si è costituito il Neuroscience Interest Group (NIG) all'interno dell'International Society of Addiction Medicine (ISAM) con l'intento di colmare questa discontinuità tra ricerca neuroscientifica e clinica e delineare alcune raccomandazioni

per la valutazione (assessment) e la riabilitazione neurocognitiva nelle dipendenze (Verdejo-García *et al.*, 2019).

È, infatti, consolidata l'evidenza di deficit neurocognitivi nei Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) e di come tali deficit, seppur lievi, siano frequenti (prevalenza lifetime: 35%-70%; Fernández-Serrano *et al.*, 2010; Fernández-Serrano, Pérez-García e Verdejo-García, 2011; Yücel *et al.*, 2007) e influenzino il mantenimento del comportamento d'abuso e le ricadute (Stevens *et al.*, 2015), nonché l'efficacia del trattamento (Domínguez-Salas *et al.*, 2016; Stevens *et al.*, 2014). Accanto a specifici deficit associati agli effetti delle diverse sostanze, un'alterazione delle Funzioni Esecutive (FE) è oggi considerata trasversale ai DUS e alle dipendenze comportamentali (Antons, Brand e Potenza, 2020; Brand *et al.*, 2019; Fernández-Serrano *et al.*, 2011; Ioannidis *et al.*, 2019; van Timmeren *et al.*, 2018) e rappresenta un'importante caratteristica transdiagnostica a diverse condizioni psicopatologiche (Balconi e Finocchiaro, 2016; Buckholtz e Meyer-Lindenberg, 2012; Crivelli e Balconi, 2021; Goschke, 2014; Millan *et al.*, 2012; Nolen-Hoeksema e Watkins, 2011; Pagnoni *et al.*, 2022; Snyder, Miyake e Hankin, 2015). Anche gli

* International research center for Cognitive Applied Neuroscience (IrcCAN), Facoltà di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

[^] Research Unit in Affective and Social Neuroscience, Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

** Ser.D. Canzio, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano.

studi di neuroimaging mostrano come un'alterazione funzionale e/o strutturale delle aree frontali, parietali, cingolate e/o insulari – nodi centrali del Central Executive Network e del Salience Network che supportano le funzioni cognitive superiori e la regolazione dell'attenzione (Menon, 2011) – sia spesso associata a diverse psicopatologie (tra cui disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction), predicendo prestazioni neurocognitive più deboli nei pazienti (McTeague, Goodkind e Etkin, 2016). Nello specifico, nei casi di pazienti affetti da addiction, sono stati più sistematicamente identificati deficit a carico di controllo inibitorio, dell'attribuzione della salienza (per stimoli associati al comportamento o alla sostanza di abuso), della regolazione dell'attenzione (ad es. gestione delle risorse cognitive nei compiti di attenzione focalizzata, divisa o sostenuta), dei processi decisionali (decision-making), della pianificazione del comportamento, della flessibilità cognitiva, dell'apprendimento e monitoraggio degli errori e della regolazione emotiva (Antons *et al.*, 2020; Bechara, 2005; Koob e Volkow, 2016; Verdejo-García *et al.*, 2006). Tali disturbi cognitivi risultano neurobiologicamente correlati a un'alterazione dei circuiti dopaminergici mesocorticolimbici e glutamatergici corticostriatali nelle aree prefrontali (Goldstein e Volkow, 2011; Koob e Volkow, 2016). Inoltre, una alterazione delle aree insulari e cingolate è ritenuta determinante per la compromissione del decision-making, dell'auto-consapevolezza e della metacognizione (Goldstein *et al.*, 2009; Maracic e Moeller, 2021).

Tali osservazioni empiriche e cliniche sono coerenti con i modelli neurocognitivi dei quadri di old/new addiction, i quali postulano come una funzionalità alterata delle aree prefrontali, un inefficiente controllo esecutivo e un adattamento disfunzionale del sistema di ricompensa si combinino per sostenere la spinta patologica verso la sostanza o, nelle dipendenze comportamentali (come gioco d'azzardo patologico, dipendenza da Internet, dipendenza da social network, shopping compulsivo, ecc.), lo stimolo additivo. Secondo tali modelli integrativi, l'alterazione del funzionamento esecutivo, dei meccanismi inibitori, della sensibilità alla ricompensa e del processo decisionale in persone con addiction contribuisce in larga parte anche al rischio di ricadute, nonché alla difficoltà mostrata dai pazienti nel decidere di sospendere i comportamenti disfunzionali e mantenere tale decisione nel tempo (Balconi, Campanella e Finocchiaro, 2017; Balconi e Finocchiaro, 2016).

Sul piano della rilevanza clinica, le compromissioni esecutive, in particolare il bias attentivo (Waters, Marhe e Franken, 2012) e impulsività nel decision-making (Domínguez-Salas *et al.*, 2016; Stevens *et al.*, 2015), risultano predittive di ricadute – sia durante che dopo il trattamento. Tali compromissioni, accanto agli errori perseverativi, risultano associate anche al drop-out (Aharonovich *et al.*, 2008; Brorson *et al.*, 2013; Copersino *et al.*, 2012; Verdejo-García *et al.*, 2012). Inoltre, deficit relativi a scarsa consapevolezza del disturbo, negazione del bisogno di cura (Dean *et al.*, 2015; Goldstein *et al.*, 2009) e ridotta motivazione alla cura e al cambiamento (Blume e Marlatt, 2009; Blume, Schmalig e Marlatt, 2005) riducono la compliance e l'ingaggio nel trattamento e, insieme ai deficit di attenzione e memoria, limitano le capacità del paziente di beneficiare delle talk therapies, la cui efficacia dipende anche dall'integrità delle funzioni cognitive (Aharonovich *et al.*, 2018; Carroll *et al.*, 2011).

Le anomalie sopradescritte costituiscono pertanto un target di primaria importanza nella cura dei pazienti con addiction. La valutazione delle disfunzioni esecutive rappresenta un passaggio tanto cruciale quanto, attualmente, sottorappresentato

nell'assessment di routine dei servizi. Integrata nel processo diagnostico, la valutazione della compromissione esecutiva – che sia correlata all'addiction e/o a fattori di vulnerabilità preesistenti (ad es. traumi infantili, ADHD, comorbidità) – risulta necessaria per una piena comprensione del funzionamento cognitivo attuale del paziente e dei suoi comportamenti disfunzionali, al fine di proporre strategie e interventi terapeutici/riabilitativi appropriati, su misura, fruibili e mirati.

In linea con tali premesse e con le indicazioni del NIG dell'ISAM – in particolare, il riferimento a costrutti basati sui modelli teorici più recenti, l'attenzione all'agevolezza, e il focus su domini clinicamente rilevanti e predittivi – è stata recentemente sviluppata una nuova batteria finalizzata a fornire in modo sensibile e specifico una profilazione neurocognitiva rapida dei pazienti afferenti ai servizi per le dipendenze: la Batteria per le Funzioni Esecutive nell'Addiction (BFE-A).

Come è noto, la popolazione clinica di persone con addiction è diversa dalle coorti cliniche per le quali gli strumenti di screening cognitivo a oggi più diffusi nei servizi e/o negli studi sono stati progettati – ad es. Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein *et al.*, 1975), Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine *et al.*, 2005), Frontal Assessment Battery (FAB; Dubois *et al.*, 2000), Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS; Keefe *et al.*, 2004), Neuropsychological Assessment Battery Screening Module (NAB-SM; Grohman and Fals-Stewart, 2004). I pazienti con DUS e, ancor di più, con quadri di dipendenza comportamentale sono infatti caratteristicamente più giovani rispetto ai pazienti geriatrici e neurologici con cui sono stati validati e tarati gli strumenti di screening tradizionali. Inoltre, i deficit presentati dai pazienti con addiction, soprattutto all'inizio della storia d'abuso o della messa in atto di comportamenti disfunzionali, sono solitamente di lieve entità e richiedono una valutazione più fine (Balconi e Crivelli, 2021). Pertanto, la batteria BFE-A è stata implementata integrando test neuropsicologici digitalizzati e compiti neurocognitivi computerizzati al fine di aumentarne la capacità discriminante e la sensibilità, grazie a un maggiore controllo sulle procedure di somministrazione e alla precisione nella presentazione degli stimoli e raccolta delle risposte (Crivelli *et al.*, 2022).

Oltre ciò, al fine di rispecchiare la variabilità delle compromissioni neurocognitive nei DUS, la batteria è stata ideata su una struttura modulare costituita da diversi subtest che indagano specifici domini del funzionamento esecutivo e che forniscono indici indipendenti di performance e di errore (Balconi *et al.*, 2022b). La struttura modulare consente, in funzione di determinate esigenze del contesto o del paziente (ad es. limiti di tempo, importanti deficit di attenzione sostenuta, necessità di un'analisi diagnostica mirata), di somministrare solo alcuni specifici subtest, ottimizzando così l'efficienza del processo di assessment o della verifica degli effetti di interventi terapeutici/riabilitativi. Inoltre, per aumentare la fruibilità dello strumento nei servizi di cura, considerando le problematiche di compliance, impulsività e/o inerzia dei pazienti e le scarse risorse di tempo, la batteria ha tempi di somministrazione e correzione rapidi. Infine, i materiali e le modalità di somministrazione sono stati progettati per essere facilmente implementati e per semplici da usare nei contesti clinici reali, indipendentemente dalle specifiche risorse tecnologiche e digitali disponibili.

La progettazione della nuova batteria ha preso avvio dalla definizione dello stato dell'arte sugli strumenti di valutazione neuropsicologica nelle dipendenze, attraverso una mappatura dei test neuropsicologici principalmente in uso nei servizi per le dipendenze nel contesto nazionale e l'analisi della letteratura

ra nazionale e internazionale sull'efficacia e sulla validità dei test neuropsicologici sui deficit esecutivi nei DUS. I primi step hanno portato alla creazione di una versione beta della batteria. La prima versione è stata, quindi, sottoposta a un test pilota con una coorte clinica di 30 pazienti con DUS al fine di valutarne l'efficienza e l'usabilità, oltre alla validità di costruito e di facciata. Le osservazioni degli utenti e di esperti terzi emerse durante il testing pilota sono state, infine, utilizzate per affinare e ottimizzare i subtest e i materiali che costituiscono la batteria al fine di produrre una versione finale.

La batteria BFE-A è costituita da sette sub-test: Test di Memoria Verbale – TMV, Test di Memoria di Lavoro – TML, Test di Attenzione Focalizzata – TAF, Test di Fluenza Verbale – TFV, Test di Fluenza Non-verbale – TFNV, Modified Stroop Task per l'Addiction – MSTa, Modified Go/No-go Task per l'Addiction-MGTA.

Ciascun subtest è stato selezionato e adattato per indagare specifiche funzioni:

- TMV: apprendimento verbale e memoria a breve/lungo termine attraverso una serie immediata e differita di trial di rievocazione;
- TML: span della memoria di lavoro, manipolazione e immagazzinamento di informazioni nel breve termine;
- TAF: meccanismi di attenzione focalizzata, abilità di identificare e selezionare stimoli rilevanti ignorando i distrattori;
- TFV: flessibilità cognitiva con materiale verbale e integrità dei meccanismi di accesso e selezione lessicali;
- TFNV: flessibilità cognitiva con materiale non-verbale e integrità dei processi generativi e creativi;
- MSTa: processi di regolazione dell'attenzione e di controllo dell'interferenza semantica o della salienza di stimoli relativi a sostanze (alcol, cocaina, eroina, cannabis);
- MGNTA: controllo esecutivo e risposta di inibizione nei disturbi additivi, bias attentivo per stimoli salienti associati a contesti o esperienze addiction relativi.

La struttura della BFE-A comprende, quindi, sia test neuropsicologici digitalizzati sia compiti neurocognitivi computerizzati in grado di rilevare deficit esecutivi lievi, la cui manifestazione potrebbe eludere i tradizionali test cognitivi.

Ciascun subtest fornisce una serie di misure cronometriche, di accuratezza e di errore, che vengono convertite in indici di prestazione singoli e composti che rispecchiano il grado di funzionalità o compromissione del dominio cognitivo esaminato. Gli indici sono espressi su una scala metrica comune con range 0-100, permettendo – oltre alla definizione del profilo generale dell'alterazione delle FE associate al DUS – un'analisi comparativa delle prestazioni ai vari subtest, sia tra i diversi aspetti della performance del paziente a un singolo subtest (comparabilità intra-test) sia tra i diversi subtest (comparabilità inter-test). Tale ricchezza di indici consente una profilazione neurocognitiva dettagliata, consentendo di cogliere punti di forza e debolezza nei singoli profili individuali in preciso momento della patologia e fornendo informazioni preziose per la pianificazione di ulteriori indagini diagnostiche mirate o di interventi di potenziamento/riabilitazione personalizzati, in linea con le capacità residue e dei bisogni specifici del paziente. Ulteriori informazioni sulla natura e il calcolo di tali indici e metriche di prestazione sono riportate nel manuale della batteria (Balconi *et al.*, 2022a). Ulteriori informazioni sulla selezione e revisioni dei subtest inclusi nella versione finale della batteria, nonché sulle specifiche tecniche per la somministrazione (es. durata, istruzioni, indicazioni sulle modalità di utilizzo), sono disponibili nel manuale della batteria (Balconi *et al.*, 2022a).

Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare l'applicabilità, la robustezza e l'informatività della BFE-A in pazienti con DUS e l'influenza di variabili quali storia di abuso, durata dell'astensione pre-assessment sulle prestazioni dei partecipanti

2. Materiali e metodi

2.1. Campione e procedura

Sono stati quindi testati con BFE-A 151 pazienti con DUS (gruppo Clin, con diagnosi secondo DSM-V) – di cui 117 maschi e 34 femmine, età media: 41.73, scolarità: 4-21, afferenti al Ser.D. Canzio dell'ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano o accolti presso Comunità Alcolologica e Doppia Diagnosi di Castelfranco Veneto (TV) – e 56 soggetti sani (gruppo healthy subjects o HS) – di cui 17 maschi e 39 femmine, età media: 35.96, scolarità: 8-22, reclutati dall'International research center for Cognitive Applied Neuroscience (IrcCAN) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. I partecipanti HS non presentavano alcun legame di vicinanza o parentela con i pazienti del gruppo clinico o con persone con storia di DUS.

Per una maggiore validità ecologica e rappresentatività della coorte clinica, abbiamo optato per uno studio osservazionale caso-controllo basato su campionamento di convenienza stratificato in base alla storia clinica. Tale procedura di reclutamento ci ha permesso di raccogliere un campione ecologicamente valido, che rispecchiasse le caratteristiche della popolazione clinica che effettivamente si presenta ai servizi di cura per le dipendenze.

Il progetto e le relative procedure sperimentali sono stati riveduti e approvati dal Comitato Etico competente, nel rispetto delle regole e degli standard della Dichiarazione di Helsinki e successive revisioni. Tutti i partecipanti hanno liberamente dato il loro consenso informato scritto per la partecipazione al progetto.

2.2. Analisi dei dati

Al fine di indagare la validità, l'informatività e il potenziale clinico della batteria, i punteggi dei subtest sono stati esplorati tramite analisi statistiche descrittive e inferenziali. Come passaggio preliminare per l'analisi inferenziale, la composizione dei campioni Clin e HS è stata indagata tramite statistiche descrittive, esplorando le variabili sociodemografiche delle due coorti (Clin e HS).

Come primo step esplorativo, è stata indagata la capacità dei subtest di evidenziare differenze significative nelle prestazioni dei pazienti con DUS rispetto ai soggetti sani. In particolare, le metriche delle performance e le misure cronometriche sui tempi di risposta sono state analizzate tramite i test t di Welch per campioni indipendenti utilizzando il Gruppo (Controllo vs. Clinico) come fattore principale. La dimensione degli effetti statisticamente significativi è stata stimata calcolando l'indice *d* di Cohen (1988). Come secondo step di analisi inferenziale, abbiamo testato l'influenza di due fattori clinici – la Storia d'uso delle sostanze (n. di anni di consumo) e la durata dell'Astenzione prima dell'assessment (n. di giorni) – sulle performance dei pazienti, al fine di indagare ulteriormente il potenziale e l'informatività della batteria. In particolare, il ruolo di tali predittori è stato indagato, insieme ai fattori Età e Scolarità, tramite regressione lineare multipla stepwise. La metrica R-quadro è

stata usata come stimatore della dimensione dell'effetto per l'indagine della relazione di dipendenza tra predittori e variabili dipendenti (Cohen, 1988). Tutte le analisi statistiche inferenziali sono state condotte con livello di significatività $\alpha = 0.05$. I dati sono stati esplorati e analizzati tramite pacchetto software SPSS.

3. Risultati e discussione

Le analisi descrittive e inferenziali esplorative hanno evidenziato, in particolare, che: (i) la composizione del campione clinico è qualitativamente coerente con le principali caratteristiche della popolazione clinica dei servizi di cura delle dipendenze nel contesto nazionale; (ii) la batteria, in generale, evidenzia differenze di performance tra pazienti e soggetti di controllo, sebbene la dimensione di tali differenze vari tra i diversi subtest; e (iii) alcuni subtest – nello specifico, TMV e MSTA – sembrano più sensibili di altri a fattori clinici come gli anni di uso e il periodo di astensione.

Per quanto riguarda il primo punto, le statistiche descrittive hanno evidenziato come la maggior parte dei pazienti del campione clinico avesse un'età compresa tra i 30 e 49 anni (62,2% del campione), dato in linea con il profilo di età degli utenti dei servizi di cura delle dipendenze (Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2022; Ministero della Salute, 2022). Tale popolazione, nel nostro contesto sociale e culturale, è infatti costituita principalmente da adulti che spesso utilizzano alcol o presentano profili di poliabuso, un quadro tipico che trova riscontro nel presente campione clinico, che può quindi ritenersi ecologicamente valido. Inoltre, circa il 12% del campione clinico era costituito da pazienti in tarda adolescenza o giovani adulti. Tale peculiare struttura del campione clinico, costituito per circa tre quarti (74,1%) da soggetti di età inferiore ai 50 anni, rappresenta uno dei punti di forza della BFE-A e del suo attuale dataset. Tale prevalenza di partecipanti giovani/adulti nel campione normativo clinico risponde, infatti, all'esigenza metodologica e clinica che ha guidato l'ideazione, la progettazione e l'implementazione della batteria: il bisogno di uno strumento di screening mirato a valutare le FE in quadri di addiction e validato anche su una popolazione giovane adulta. Per quanto riguarda la distribuzione per genere, il campione clinico rispecchia i dati di prevalenza del DUS nei maschi (EMCDDA, 2022; NIDA, 2022). Per quanto riguarda il secondo punto, le prime analisi inferenziali hanno rivelato performance peggiori nei pazienti con DUS rispetto al campione HS in tutti i subtest. Ciò è coerente con le evidenze cliniche ed empiriche relative alle sequele neurocognitive dell'uso di sostanze (Crivelli e Balconi, 2021; Fernández-Serrano *et al.*, 2011; Koob e Volkow, 2016; Yücel *et al.*, 2007) e con la possibilità di rilevare il deterioramento dei meccanismi regolatori coinvolti nell'orientamento delle risorse cognitive e nell'inibizione comportamentale, nonché nell'elaborazione e consolidamento delle informazioni. Più nello specifico, considerando le stime di grandezza degli effetti significativi (si veda Tabella 1), il calcolo dei valori di Cohen ha mostrato che le differenze più ingenti tra i gruppi riguardano la rievocazione immediata e differita di informazioni verbali (TMV) e l'attenzione focalizzata (TAF). Seguono poi le performance ai subtest di fluency verbale e non verbale (TFV e TFNV) e di efficienza del controllo inibitorio (MGNTA), con effetti moderati-grandi. Infine, le statistiche inferenziali hanno mostrato che lo span di memoria di lavoro (TML) e l'efficienza dei meccanismi di inibizione dell'interferenza e regolazione dell'attenzione (MSTA),

pur mostrando differenze significative tra le prestazioni dei pazienti e dei soggetti di controllo, erano associati a effetti minori.

Tab. 1 - Sinossi dei risultati delle statistiche inferenziali di confronto tra i le coorti clinica e di controllo (livello di significatività statistica, stima di grandezza dell'effetto e relativa interpretazione)

Subtest	Sig.	d di Cohen	Dimensione dell'effetto
TMV - rievocazione immediata	<0.001	1.027	Grande
TMV - rievocazione differita	<0.001	0.964	Grande
TAF	<0.001	0.904	Grande
TFNV	<0.001	0.782	Moderato-Grande
TFV	<0.001	0.748	Moderato-Grande
MGNTA	<0.001	0.586	Moderato
MSTA	<0.05	0.356	Piccolo
TML	<0.05	0.310	Piccolo

Tali risultati suggeriscono che l'uso non ottimale delle risorse cognitive in compiti sfidanti – ad es. di memoria verbale, focalizzazione attentiva e inibizione comportamentale – potrebbe rappresentare un'alterazione neurocognitiva comune ai DUS, indipendentemente dalla specifica sostanza d'abuso. Questi dati – insieme ai risultati riguardanti i deficit di flessibilità cognitiva e il rallentamento generale della velocità dell'elaborazione delle informazioni e del controllo della risposta nei compiti computerizzati – sono coerenti con la letteratura sui deficit cognitivi sistematici e generalizzati nei DUS, specialmente nei pazienti con astensione da breve/medio periodo (Fernández-Serrano *et al.*, 2011).

Infine, le analisi di regressione hanno mostrato come la durata del periodo di astensione sia un fattore predittivo significativo delle prestazioni dei pazienti nella rievocazione differita al test di memoria verbale, al netto dell'età. Ciò potrebbe suggerire che il subtest TMV, nella sua versione finale, sia sufficientemente sensibile da rilevare anche disfunzioni transitorie che tendono a svanire con la progressiva astensione, in linea con le evidenze cliniche e di laboratorio (Baidoo, Wolter e Leri, 2020; Kutlu e Gould, 2016). In aggiunta, si è osservato come una più lunga storia d'uso di sostanze comporti un aumento dei tempi di risposta al compito Stroop modificato. Anche in questo caso, mentre le ipotesi iniziali comprendevano un effetto della storia clinica su più indici di performance, la specificità dell'effetto suggerisce osservazioni potenzialmente preziose. I tempi di risposta sono comunemente considerati un indicatore comportamentale abbastanza sensibile della cronometria mentale. Il fatto che gli anni di abuso abbiano influenzato significativamente gli indici cronometrici nel compito Stroop modificato potrebbe suggerire che l'efficienza della regolazione dell'attenzione sostenuta e dell'inibizione delle interferenze potrebbe essere progressivamente alterata dall'uso prolungato di sostanze, mostrando un graduale trend decrescente. L'interpretazione proposta sembra essere supportata dalla letteratura sugli effetti del DUS, in base all'esordio precoce o tardivo, sull'efficienza dei meccanismi attentivi (Battisti *et al.*, 2010; Solowij, Michie e Fox, 1995). Pur riconoscendo che questa interpretazione è ancora speculativa e che dovrebbe essere sottoposta a ulteriore convalida, riteniamo che essa rappresenti un'ipotesi interessante per prossime sperimentazioni.

4. Conclusioni

I risultati qui descritti supportano il potenziale della BFE-A come batteria di screening neurocognitivo informativa e di rapida somministrazione. Le analisi, più specifiche, sull'influenza di alcune caratteristiche cliniche sulle prestazioni alla batteria suggeriscono prime riflessioni teorico-metodologiche sulla sensibilità mirata di alcuni dei subtest della BFE-A rispetto alle alterazioni transitorie dei processi mnestici associate all'astensione e rispetto alla progressiva alterazione dei meccanismi di regolazione dell'attenzione con l'aumentare della storia di uso di sostanze. L'attuale versione della batteria BFE-A possiede, inoltre, caratteristiche rilevanti per la pratica clinica tra cui: il testing con un campione clinico ecologicamente valido che rispecchia le caratteristiche socio-demografiche della popolazione clinica di riferimento; la copertura ottimale dei deficit neurocognitivi ed esecutivi principalmente associati al DUS; la comparabilità inter/intra-test delle metriche di performance; tempi brevi di somministrazione e scoring. Queste caratteristiche rendono la batteria, per rilevanza clinica e qualità metodologiche, una valida alternativa agli strumenti di screening neuropsicologici aspecifici attualmente utilizzati nei servizi e uno strumento potenzialmente utile da integrare nella routine diagnostica.

Riferimenti bibliografici

- Aharonovich E., Brooks A.C., Nunes E.V., Hasin D.S. (2008). Cognitive deficits in marijuana users: effects on motivational enhancement therapy plus cognitive behavioral therapy treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(3): 279-283. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2008.01.009
- Aharonovich E., Hasin D.S., Nunes E.V., Stohl M., Cannizzaro D., Sarvet A., ... Genece K.G. (2018). Modified cognitive behavioral therapy (M-CBT) for cocaine dependence: development of treatment for cognitively impaired users and results from a Stage 1 trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(7): 800-811. DOI: 10.1037/adb0000398
- Antons S., Brand M., Potenza M.N. (2020). Neurobiology of cue-reactivity, craving, and inhibitory control in non-substance addictive behaviors. *Journal of the Neurological Sciences*, 415(May), 116952. DOI: 10.1016/j.jns.2020.116952
- Baidoo N., Wolter M., Leri F. (2020). Opioid withdrawal and memory consolidation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 114: 16-24. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2020.03.029
- Balconi M., Campanella S., Finocchiaro R. (2017). Web addiction in the brain: cortical oscillations, autonomic activity, and behavioral measures. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3): 334-344. DOI: 10.1556/2006.6.2017.041
- Balconi M., Crivelli D. (2021). The assessment of executive functions: a new neuropsychological tool for addiction. In Balconi M., Campanella S. (Eds.), *Advances in Substance and Behavioral Addiction. The Role of Executive Functions* (pp. 61-85). Cham: Springer. DOI: 10.1007/978-3-030-82408-2_3
- Balconi M., Finocchiaro R. (2016). Deficit in rewarding mechanisms and prefrontal left/right cortical effect in vulnerability for internet addiction. *Acta Neuropsychiatrica*, 28(5): 272-285. DOI: 10.1017/neu.2016.9
- Balconi M., Losasso D., Balena A., Crivelli D. (2022a). *BFE-A - Batteria per le Funzioni Esecutive nell'Addiction [Battery for Executive Functions in Addiction]*. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Balconi M., Losasso D., Balena A., Crivelli D. (2022b). Neurocognitive impairment in addiction: a digital tool for executive function assessment. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 955277. DOI: 10.3389/fpsy.2022.955277
- Battisti R.A., Roodenrys S., Johnstone S.J., Pesa N., Hermens D.F., Solowij N. (2010). Chronic cannabis users show altered neurophysiological functioning on Stroop task conflict resolution. *Psychopharmacology*, 212(4): 613-624. DOI: 10.1007/s00213-010-1988-3
- Bechara A. (2005). Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nature Neuroscience*, 8(11): 1458-1463. DOI: 10.1038/nn1584
- Blume A.W., Marlatt G.A. (2009). The role of executive cognitive functions in changing substance use: what we know and what we need to know. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(2): 117-125. DOI: 10.1007/s12160-009-9093-8
- Blume A.W., Schmalting K.B., Marlatt G.A. (2005). Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior. *Addictive Behaviors*, 30(2): 301-314. DOI: 10.1016/j.addbeh.2004.05.019
- Brand M., Wegmann E., Stark R., Müller A., Wölfling K., Robbins T.W., Potenza M.N. (2019). The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 104: 1-10. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.06.032
- Brorson H.H., Ajo Arnevik E., Rand-Hendriksen K., Duckert F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8): 1010-1024. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.07.007
- Buckholtz J.W., Meyer-Lindenberg A. (2012). Psychopathology and the human connectome: toward a transdiagnostic model of risk for mental illness. *Neuron*, 74(6): 990-1004. DOI: 10.1016/j.neuron.2012.06.002
- Carroll K.M., Kiluk B.D., Nich C., Babuscio T.A., Brewer J.A., Potenza M.N., ... Lejuez C.W. (2011). Cognitive function and treatment response in a randomized clinical trial of computer-based training in Cognitive-Behavioral Therapy. *Substance Use and Misuse*, 46(1): 23-34. DOI: 10.3109/10826084.2011.521069
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (II). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Copersino M.L., Schretlen D.J., Fitzmaurice G.M., Lukas S.E., Faberman J., Sokoloff J., Weiss R.D. (2012). Effects of cognitive impairment on substance abuse treatment attendance: predictive validation of a brief cognitive screening measure. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(3): 246-250. DOI: 10.3109/00952990.2012.670866
- Crivelli D., Balconi M. (2021). Psychopathology of EFs. In Balconi M., Campanella S. (Eds.), *Advances in Substance and Behavioral Addiction. The Role of Executive Functions* (pp. 41-59). Cham: Springer. DOI: 10.1007/978-3-030-82408-2_2
- Crivelli D., Balena A., Losasso D., Balconi M. (2022). Screening executive functions in Substance-Use Disorder: first evidence from testing of the Battery for Executive Functions in Addiction (BFE-A). *International Journal of Mental Health and Addiction*, Advance Online Publication. DOI: 10.1007/s11469-022-00928-5
- Dean A.C., Kohno M., Morales A.M., Ghahremani D.G., London E.D. (2015). Denial in methamphetamine users: associations with cognition and functional connectivity in brain. *Drug and Alcohol Dependence*, 151: 84-91. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2015.03.004
- Dipartimento per le Politiche Antidroga. (2022). Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle dipendenze in Italia Presidenza del Consiglio dei Ministri. Anno 2022.
- Domínguez-Salas S., Díaz-Batanero C., Lozano-Rojas O.M., Verdejo-García A. (2016). Impact of general cognition and executive function deficits on addiction treatment outcomes: systematic review and discussion of neurocognitive pathways. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 71: 772-801. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.09.030
- Dubois B., Slachevsky A., Litvan I., Pillon B. (2000). The FAB: a frontal assessment battery at bedside. *Neurology*, 55(11): 1621-1626. DOI: 10.1212/WNL.55.11.1621

- EMCDDA (2022). *Statistical Bulletin 2022*. Lisbon. Retrieved from www.emcdda.europa.eu/data/stats2022_en
- Fernández-Serrano M.J., Pérez-García M., Perales J.C., Verdejo-García A. (2010). Prevalence of executive dysfunction in cocaine, heroin and alcohol users enrolled in therapeutic communities. *European Journal of Pharmacology*, 626(1): 104-112. DOI: 10.1016/j.ejphar.2009.10.019
- Fernández-Serrano M.J., Pérez-García M., Verdejo-García A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3): 377-406. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2010.04.008
- Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3): 189-198. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Goldstein R.Z., Craig A.D.B., 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. DOI: 10.1016/j.tics.2009.06.004
- Goldstein R.Z., Volkow N.D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews. Neuroscience*, 12(11): 652-669. DOI: 10.1038/nrn3119
- Goschke T. (2014). Dysfunctions of decision-making and cognitive control as transdiagnostic mechanisms of mental disorders: advances, gaps, and needs in current research. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(S1): 41-57. DOI: 10.1002/mpr.1410
- Grohman K., Fals-Stewart W. (2004). The detection of cognitive impairment among substance-abusing patients: the accuracy of the neuropsychological assessment battery-screening module. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 12(3): 200-207. DOI: 10.1037/1064-1297.12.3.200
- Ioannidis K., Hook R., Goudriaan A.E., Vlies S., Fineberg N.A., Grant J.E., Chamberlain S.R. (2019). Cognitive deficits in problematic internet use: meta-analysis of 40 studies. *British Journal of Psychiatry*, 215(5): 639-646. DOI: 10.1192/bjp.2019.3
- Keefe R.S.E., Goldberg T.E., Harvey P.D., Gold J.M., Poe M.P., Coughenour L. (2004). The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophrenia Research*, 68(2-3): 283-297. DOI: 10.1016/j.schres.2003.09.011
- Koob G.F., Volkow N.D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8): 760-773. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8
- Kutlu M.G., Gould T.J. (2016). Effects of drugs of abuse on hippocampal plasticity and hippocampus-dependent learning and memory: contributions to development and maintenance of addiction. *Learning and Memory*, 23(10): 515-533. DOI: 10.1101/lm.042192.116
- Maracic C.E., Moeller S.J. (2021). Neural and behavioral correlates of impaired insight and self-awareness in Substance Use Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 8(4): 113-123. DOI: 10.1007/s40473-021-00240-x
- McTeague L.M., Goodkind M.S., Etkin A. (2016). Transdiagnostic impairment of cognitive control in mental illness. *Journal of Psychiatric Research*, 83: 37-46. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.08.001
- Menon V. (2011). Large-scale brain networks and psychopathology: a unifying triple network model. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(10): 483-506. DOI: 10.1016/j.tics.2011.08.003
- Millan M.J., Agid Y., Brüne M., Bullmore E.T., Carter C.S., Clayton N.S., ... Young L.J. (2012). Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nature Reviews Drug Discovery*, 11(2): 141-168. DOI: 10.1038/nrd3628
- Ministero della Salute (2022). Rapporto tossicodipendenza. Analisi dei dati del sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze. Anno 2021.
- Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bédirian V., Charbonneau S., Whitehead V., Collin I., Cummings J.L., Chertkow H., Collin I., Cummings J.L., Chertkow H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4): 695-699. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
- NIDA (2022). *Sex and gender differences in substance use*. North Bethesda, MD. Retrieved from <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/substance-use-in-women/sex-gender-differences-in-substance-use>
- Nolen-Hoeksema S., Watkins E.R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6): 589-609. DOI: 10.1177/1745691611419672
- Pagnoni L., Gobbi E., Alaimo C., Campana E., Rossi R., Manenti R., ... Cotelli M. (2022). The relationship between theory of mind and executive functions in major depressive disorders: a review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 980392. DOI: 10.3389/fpsy.2022.980392
- Snyder H.R., Miyake A., Hankin B.L. (2015). Advancing understanding of executive function impairments and psychopathology: bridging the gap between clinical and cognitive approaches. *Frontiers in Psychology*, 6: 328. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00328
- Solowij N., Michie P.T., Fox A.M. (1995). Differential impairments of selective attention due to frequency and duration of cannabis use. *Biological Psychiatry*, 37(10): 731-739. DOI: 10.1016/0006-3223(94)00178-6
- Stevens L., Goudriaan A.E., Verdejo-García A., Dom G., Roeyers H., Vanderplasschen W. (2015). Impulsive choice predicts short-term relapse in substance-dependent individuals attending an in-patient detoxification programme. *Psychological Medicine*, 45(10): 2083-2093. DOI: 10.1017/S003329171500001X
- Stevens L., Verdejo-García A., Goudriaan A.E., Roeyers H., Dom G., Vanderplasschen W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: a review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1): 58-72. DOI: 10.1016/j.jsat.2014.01.008
- van Timmeren T., Daams J.G., van Holst R.J., Goudriaan A.E. (2018). Compulsivity-related neurocognitive performance deficits in gambling disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 84: 204-217. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.11.022
- Verdejo-García A., Bechara A., Recknor E.C., Pérez-García M. (2006). Executive dysfunction in substance dependent individuals during drug use and abstinence: an examination of the behavioral, cognitive and emotional correlates of addiction. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12(3): 405-415. DOI: 10.1017/S1355617706060486
- Verdejo-García A., Betanzos-Espinosa P., Lozano-Rojas O.M., Vergara-Moraguan E., González-Saiz, Fernández-Calderón F., ... Pérez-García M. (2012). Self-regulation and treatment retention in cocaine dependent individuals: a longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1-2): 142-148. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2011.09.025
- Verdejo-García A., Lorenzetti V., Manning V., Piercy H., Bruno R., Hester R., ... Ekhtiari H. (2019). A roadmap for integrating neuroscience into addiction treatment: a consensus of the Neuroscience Interest Group of the International Society of Addiction Medicine. *Frontiers in Psychiatry*, 10: 877. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00877
- Waters A.J., Marhe R., Franken I.H.A. (2012). Attentional bias to drug cues is elevated before and during temptations to use heroin and cocaine. *Psychopharmacology*, 219(3): 909-921. DOI: 10.1007/s00213-011-2424-z
- Yücel M., Lubman D.I., Solowij N., Brewer W.J. (2007). Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(12): 957-968. DOI: 10.1080/00048670701689444

📄 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

L'intervento integrato con i giovani: la collaborazione tra Centro Giovani Ponti ed équipe Diagnosi e Trattamento Precoce del Ser.D.

Tiziana Antonini*, Angelo Bertani^o, Paola Coppin[^], David Micheli[§], Attilio Negri^{**},
Francesca Sassella^{^^}, Maria Francesca Scaramuzzino^{oo}

SUMMARY

■ *The need for a targeted approach to prevent and treat addictions among young people aged 14 to 24 has resulted in the implementation of a collaborative working model at ASST Santi Paolo e Carlo in Milan. The model involves the Territorial Addiction Service's Early Diagnosis and Treatment (DTP) team and the Centro Giovani Ponti (CGP), both of which belong to the Department of Mental Health and Addiction (DSMD). The aim of this partnership is to provide young patients and their families with a welcoming and accessible environment where they can receive support and assistance. The model seeks to reduce "the duration of untreated disease" by facilitating early diagnosis and timely therapy. Specifically, the CGP acts as a gateway to specialized addiction treatment services, making it easier for patients to access them. This article outlines the operating model implemented through this collaboration and reports on the preliminary results achieved between March 2021 and August 2022. The article discusses the specific cases in which the model is applied, the use of diagnostic tests, and the benefits of collaboration between services. Overall, the partnership between the DTP team and CGP has shown promising results in addressing the needs of young people and their families.* ■

Keywords: *Early Diagnosis and Treatment, Substance Use Disorder, Gambling Disorder, Prevention.*

Parole chiave: *Diagnosi e Trattamento Precoce (DTP), Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), Prevenzione.*

First submission: 28/03/2023, accepted: 18/04/2023

* *Dirigente Psicologo - Ser.D. Territoriale, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano.*

^o *Dirigente Medico Psichiatra - Responsabile Centro Giovani "E. Ponti", Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano.*

[^] *Dirigente Medico Psicoterapeuta - Coordinatore Équipe DTP Ser.D. Territoriale, ASST Santi Paolo e Carlo, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Milano.*

[§] *Educatore Professionale - Équipe DTP Ser.D. Territoriale, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano.*

^{**} *Dirigente Medico Tossicologo - Ser.D. Territoriale, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano.*

^{^^} *Medico Psichiatra - Ser.D. Territoriale, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano.*

^{oo} *Dirigente Medico Psichiatra - Referente S.S. Ser.D. Canzio, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano.*

Introduzione

Negli ultimi anni, in accordo con i dati della letteratura, abbiamo osservato una crescente affluenza ai servizi di cura, di adolescenti e giovani adulti con problematiche correlate ad uso di sostanze e/o addiction comportamentali e concomitanti sintomi psichiatrici o psicologici. È nata nel tempo la necessità di creare un modello di collaborazione tra centri che si occupano di problematiche in età giovanile nella realtà milanese. La nostra esperienza, all'interno dell'ASST Santi Paolo e Carlo, ha portato alla realizzazione di un modello di lavoro congiunto tra équipe di Diagnosi e Trattamento Precoce (DTP) del Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) Territoriale e Centro Giovani Ponti (CGP), afferenti entrambi al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD), specializzati nella cura di ragazzi di età compresa tra i 14 e i 24 anni. L'attività di DTP del SerD Territoriale si rivolge ai minori e ai giovani, di età compresa tra i 14 e i 24 anni, che

accedono ai servizi per le dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo, e delle loro famiglie. L'Équipe di DTP è diffusa nelle diverse sedi del Ser.D. Territoriale, ha il suo coordinamento centrale presso la sede della Direzione di Struttura Complessa e svolge, in équipe multiprofessionali, un'attività istituzionale ordinaria, tra le cui finalità vi è quella di diffondere un'operatività, e non già un progetto specialistico, che dovrebbe diventare l'approccio più diffuso – in coerenza con la situazione epidemiologica e i bisogni osservati. Dal 2013 ad oggi, l'Équipe e la sua offerta si sono modificate e modulate per rispondere al cambiare della domanda e dei bisogni rilevati: sono state infatti intercettate le richieste di genitori sempre più preoccupati ed allarmati e accolte situazioni via via più impegnative e complesse. Ciò ha condotto a riflessioni in merito al carico e alla gravità degli accessi giovani e quindi alle modalità di intervento. Nel senso e negli intendimenti dell'attività DTP è insita e sempre rinnovata la premessa di non rendere patologico un segnale né trascurarlo, con l'obiettivo di prima istanza di promuovere la ricerca del significato sotteso al consumo della sostanza o al comportamento. Il CGP si occupa, per l'ASST Santi Paolo e Carlo, di adolescenti e giovani fino ai 25 anni, portatori di varie forme di disagio, malessere o sofferenza psicopatologica, all'esordio o strutturatesi in comportamenti o espressioni sintomatiche. Il CGP lavora in stretta connessione con Psichiatria, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Ser.D., non essendone di diretta pertinenza, rappresentando un servizio accessibile e poco connotato, seppure rivolto anche ad una utenza potenzialmente grave. La larghissima diffusione del consumo di sostanze tra gli adolescenti e i giovani adulti – documentata dai dati ufficiali relativi al nostro Paese – rappresenta la premessa alla necessità di prevedere una stretta collaborazione tra l'ambito della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, della Psichiatria e l'ambito delle Dipendenze. Secondo i risultati dello studio ESPAD® (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) Italia condotto nel 2021 – riportati nella preliminare Relazione al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze in Italia 2021 (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2022) – 621 mila studenti tra i 15 e i 19 anni (24,1% del totale) hanno riferito di aver utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita, talvolta ignorandone contenuto ed effetti. La cannabis è la sostanza illegale maggiormente utilizzata, seguita dalle New Psychoactive Substances (NPS), cannabinoidi sintetici, cocaina e altri stimolanti, allucinogeni e, infine, oppiacei. L'uso di sostanze psicoattive risulta più diffuso tra i maschi (27,1%) rispetto alle femmine (20,9%). Nel 2021, sul totale degli studenti che hanno assunto cannabis durante l'anno, il 22,3% è caratterizzato da un consumo definibile "a rischio" secondo l'apposito test CAST (Cannabis Abuse Screening Test) (Bastiani *et al.*, 2013). Il 9,7% dei consumatori di sostanze illegali, pari a circa 44mila giovani, ovvero l'1,7% del totale, sono policonsumatori (2 o più sostanze illecite): inoltre, frequentemente associano tale uso al consumo di altre sostanze legali (tabagismo, consumo frequente e abuso di alcol, uso di psicofarmaci non prescritti) e altri comportamenti a rischio (gioco d'azzardo ed altre dipendenze comportamentali, furti, danneggiamento di beni pubblici o privati, rapporti sessuali non protetti, incidenti stradali ed altri problemi legali). Dopo aver osservato un trend stabile negli anni precedenti alla pandemia, dal 2020 in poi si è assistito ad un lieve calo del consumo lifetime e durante l'ultimo anno; è tornata a crescere, dopo una flessione durante il periodo pandemico, la frequenza nei consumi nel mese prece-

dente alla rilevazione (20 o più volte nell'arco dei 30 giorni). Si intende per "uso di sostanze ad alto rischio" – come definito dallo European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) – "l'uso ricorrente di droga che provoca conseguenze negative alla persona (inclusa la dipendenza, ma anche altri problemi sanitari, psicologici o sociali) o che espone la persona al rischio di riportare con alta probabilità tali danni". Si tratta quindi di utilizzatori di droghe con problemi di salute causati dal consumo frequente di droghe e dal poliuso e di coloro che, per finanziare il proprio uso, commettono azioni criminali. Per quanto riguarda le ospedalizzazioni direttamente droga-correlate, che nel 2019 sono state 7.480, in aumento soprattutto tra i giovani, circa la metà dei casi è dovuta all'uso di sostanze miste o non specificate. Dal 2010 al 2018 i tassi di ricovero droga-correlati per diagnosi multiple sono aumentati in tutte le classi di età, soprattutto quelli riferiti ai più giovani, passando da 27 a 56 ricoveri ogni 100.000 residenti di età 15-24 anni. Anche le denunce di minori alle Autorità Giudiziarie sono in aumento, con un incremento degli ingressi negli istituti penali in costante aumento (dal 10% del 2015 al 17% del 2019). Relativamente al Gioco d'Azzardo, i dati riguardanti il nostro Paese, durante la pandemia, hanno mostrato un'impennata senza precedenti del gioco d'azzardo online: rispetto alla complessiva flessione della raccolta che nel 2020 ha registrato 88 miliardi di euro contro i 110 dell'anno precedente, la raccolta online ha superato per la prima volta quella fisica (49 miliardi raccolti online vs i 39 raccolti dalla rete fisica). Lo studio ESPAD® (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2022) ha rilevato che nel corso del 2021 risulta siano oltre 1 milione gli studenti italiani di età compresa tra i 15 e i 19 anni che hanno giocato d'azzardo almeno una volta. Parallelamente, i dati pubblicati dal libro blu di Agenzia Accise, Dogane e Monopoli (2021), mostrano che nel 2020 i giovani (fascia 18-24 anni) hanno aperto 1.200.000 conti di gioco sui 2.700.000 complessivi aperti ex novo quell'anno. Nonostante nel nostro Paese sia illegale giocare per gli "under 18" si stima che il 39,2% del totale degli studenti minorenni abbiano giocato d'azzardo nel corso dell'anno. Anche se il 31,5% degli studenti di età inferiore ai 18 anni ha riferito che gli è stato impedito di giocare denaro poiché vietato, si assiste ad un progressivo aumento delle percentuali di giocatori all'aumentare dell'età, particolarmente per i soggetti maschili. Nella popolazione studentesca, i comportamenti di gioco sono stati analizzati utilizzando il South Oaks Gambling Screen, Revised for Adolescents (SOGS-RA) (Colasante *et al.*, 2014): dai risultati si evince che il 6,6% del totale presenta un profilo di gioco problematico, con una significativa prevalenza per il genere maschile (M=9,2%; F=3,0%). Rientrano in questa definizione ad esempio soggetti che hanno contratto debiti o sottratto denaro per giocare, che hanno fatto assenze a scuola dovute al gioco o che hanno pensato di non poter smettere di giocare e/o hanno avuto discussioni con amici e parenti a causa del gioco. Inoltre, il 10,8% del totale ha un profilo di gioco a rischio di sviluppare problematicità. I giovani giocano d'azzardo e spesso lo fanno online. È opportuno precisare che il gioco d'azzardo, anche quando è poco frequente e di modesta spesa, non è un comportamento a "rischio zero": esiste una correlazione lineare fra il giocare d'azzardo e i rischi connessi. Come in tutte le popolazioni di fronte a comportamenti rischiosi, solo una parte subisce dei danni, ma la modalità di gioco (online) e lo stigma/credenza sociale fa sì che questo danno o questo rischio non siano facilmente individuabili. A tale tema si correla strettamente quello del gaming, sia online

che offline, il quale, in alcuni casi, può rappresentare occasione per socializzare ma anche un comportamento potenzialmente a rischio di divenire una vera e propria addiction. In tal caso può associarsi a un peggioramento del funzionamento generale e del rendimento scolastico. Di per sé il gaming non descrive un comportamento patologico bensì ubiquitariamente diffuso ed accettato nella popolazione generale ed in particolar modo studentesca. Dal test ESPAD® emerge che il 21,3% degli studenti giocatori risulta avere un profilo di gioco a rischio, con percentuali quasi doppie fra i ragazzi. Tra questi si osservano comportamenti come eccessivo tempo speso a giocare, alterazioni dell'umore e contrasti con la famiglia. Si è evidenziato un ritardo di diversi anni tra l'inizio di uso di sostanze tra i minori e la prima richiesta di aiuto (il tempo di "latenza" medio tra il primo consumo e il primo trattamento è di più di 7 anni per la popolazione generale) (Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2022); in considerazione di ciò, la collaborazione tra Servizi ha anche l'obiettivo di ridurre l'intervallo di tempo senza trattamento, in quanto diagnosi precoce e intervento tempestivo sono cruciali nell'aumentare il numero di guarigioni e nel migliorare sensibilmente il decorso della patologia. Anche i dati sulla comorbidità tra un Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e un disturbo mentale risultano in preoccupante aumento, rispetto alle due patologie occorrenti singolarmente. A livello internazionale la Doppia Diagnosi (termine tuttora oggetto di dibattito e di disaccordo tra gli autori internazionali) rappresenta una seria preoccupazione per la salute pubblica, con un grave impatto negativo sui costi per l'assistenza, la morbilità, la mortalità (Lambert-Harris *et al.* 2013; Carrà *et al.*, 2015). Essa complica i risultati dei trattamenti e la prognosi, incrementa le ospedalizzazioni, ritarda la remissione dei sintomi e aumenta il rischio suicidario (Antai-Otong, Theis e Patrick, 2016); inoltre è un serio fattore di rischio per la mancata aderenza alla terapia farmacologica e per overdose, oltre che per ricoveri ripetuti (Fantuzzi e Messina, 2020). In Italia è stata recentemente sottoscritta una Carta dei Servizi (D'Egidio, Carpiello e Costantino, 2017) per i pazienti nelle condizioni cliniche di comorbidità tra disturbi mentali e da uso di sostanze e addiction, volta al superamento di tale concetto a favore di una evoluzione culturale dei servizi per evitare una visione frammentaria per competenze della persona che è affetta da tali disturbi. Se tale affermazione è valida per l'adulto, non meno lo è per la fascia di età giovanile. Tali dati trovano suffragio sia nelle popolazioni cliniche che in quelle generali: dati canadesi riportano che l'utilizzo precoce di sostanze nella fascia adolescenziale è associato a concomitanti problemi di salute mentale. Inoltre lo scarso accesso dei giovani ai servizi sottolinea il bisogno di identificare dei migliori interventi precoci al fine di prevenire lo sviluppo della comorbidità (Brownlie *et al.*, 2019). Gli "adolescenti complessi" sono resistenti ad affidarsi ai servizi, ai familiari e agli operatori. Infatti, si registrano problemi legati al rispecchiamento positivo e alla capacità di innescare meccanismi di risonanza con l'altro, rendendo laboriosi sia l'aggancio, sia la ritenzione in trattamento, soprattutto laddove la presa in carico è frammentata e multipla. La pratica clinica suggerisce l'importanza della presa in carico globale e multidimensionale. (Anzillotti, Faro e Moré, 2018). Anche la ricerca internazionale sottolinea questo aspetto: i sistemi sanitari si dovrebbero focalizzare sulla creazione di policies che permettano il riconoscimento precoce, misure di salute pubblica di prevenzione e un sistema di cure integrato e coordinato (Sterling *et al.*, 2010). Le politiche di salute pubblica dovrebbero

creare mezzi per proporre consapevolezza e prevenzione di queste patologie, dal momento che un precoce avvio del trattamento (farmacologico, psicoterapeutico, terapeutico familiare, educazione nelle scuole, interventi comportamentali e trattamento delle comorbidità) riduce il rischio associato al DUS e altre conseguenze negative (Torales *et al.*, 2019).

Il modello operativo

Come sottolineato nella recente Relazione annuale al Parlamento (Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2022), i giovanissimi necessitano di un approccio specifico per quanto riguarda l'aggancio precoce e il percorso di consultazione o cura, che devono tenere conto della fase esplorativa propria dell'età adolescenziale e della accessibilità di comportamenti a rischio, legali e non, facilitando l'accesso ai servizi. L'intervento in molti casi implica il coinvolgimento integrato di più servizi come Consultori, NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), Salute Mentale, Dipendenze, e richiede un coordinamento fra i diversi attori attraverso un'azione condivisa a più livelli. Per rispondere a tali necessità, all'interno del DSMD dell'ASST Santi Paolo e Carlo, si è definito un modello operativo volto a favorire e formalizzare l'implementazione della collaborazione tra l'équipe di DTP del Ser.D. Territoriale e quella del CGP. La collaborazione è avviata da tempo, ma la cornice organizzativa consente una maggiore fluidità e sistematizzazione dell'interfacciamento tra servizi, con l'obiettivo principale del miglioramento dell'intervento sui giovani pazienti, sia nella fase dell'aggancio, sia nelle situazioni in cui la gestione del paziente richiede un'azione sinergica tra servizi. I destinatari sono i giovani pazienti e le loro famiglie, che non accettino di accedere direttamente al Ser.D., a causa di pregiudizi o al timore dello stigma sociale che ne deriva, ed è in linea con l'intendimento dipartimentale ed aziendale, che promuove l'integrazione tra i Servizi che si occupano di Salute Mentale e Dipendenze nella fascia di età 14-24 anni. La larghissima diffusione delle sostanze sia legali che illecite tra gli adolescenti e i dati riferibili all'accesso al gioco d'azzardo desumibili dalla letteratura (Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2022), raccontano di abitudini che, appartenendo anche a naturali movimenti evolutivi, possono comportare dei significativi rischi. Questa collaborazione vuole offrire una possibilità di confronto a quei giovani che non sentono o non pensano di potersi avvalere di un servizio ambulatoriale specializzato in consultazione, diagnosi e trattamento relativi al consumo di sostanze e a comportamenti potenzialmente additivi, eventualmente ma non necessariamente problematici, anticipando il più possibile le informazioni protettive, l'eventuale valutazione-diagnosi e i conseguenti interventi. Questo innovativo modello operativo di integrazione tra servizi ha quindi l'ambizione di contribuire ad accorciare l'intervallo di "malattia non trattata", dal momento che diagnosi precoce e intervento tempestivo sono cruciali nell'aumentare il numero di guarigioni e nel migliorare sensibilmente il decorso della patologia. Nello specifico, un primo contatto presso il CGP funge da elemento facilitatore, qualora il ragazzo non accetti di accedere direttamente alle sedi del Ser.D. o esista la necessità di un invio accompagnato. Con questa modalità si favorisce un primo contatto in "sicurezza emotiva" con gli operatori esperti del Ser.D. Territoriale, per creare un aggancio finalizzato a una consulenza o a un

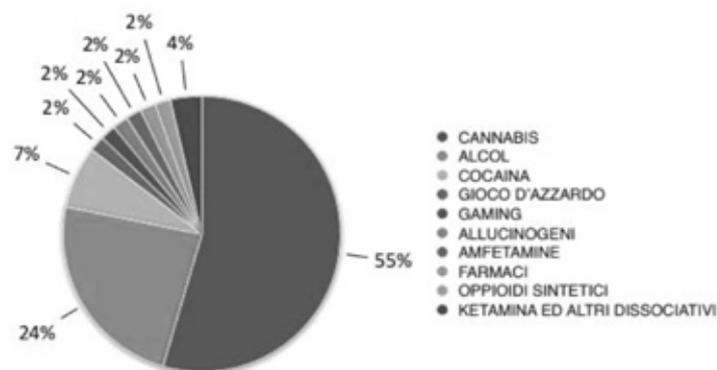
percorso diagnostico e/o terapeutico. La prassi messa a punto sinora si applica nei casi di: – richiesta spontanea da parte del ragazzo o dei genitori – valutazione dell'équipe curante del CGP, in particolare laddove si individuino elementi di rischio o problemi conclamati. A supporto della valutazione da parte dei professionisti del CGP in merito alla pertinenza di una consulenza Ser.D., si è suggerito l'utilizzo di CAST (Cannabis Abuse Screening Test) (Bastiani *et al.*, 2013). Operativamente le consulenze vengono richieste dal CGP attraverso i canali istituzionali individuati (mail a diagnosi.precoce@asst-santipao-locarlo.it), con la comunicazione dei nominativi, ove possibile corredata di informazioni essenziali. Nella fase di realizzazione della consulenza, ove compatibile con l'organizzazione generale, la presenza dei terapeuti CGP è ritenuta utile e facilitante. Le consulenze vengono effettuate da coppie di professionisti DTP: medico psichiatra o psicoterapeuta ed educatore professionale o assistente sociale, in accordo con il modello di lavoro della Équipe DTP. Si preferisce, in prima battuta, non coinvolgere la figura dello psicologo del Ser.D., dal momento che l'équipe CGP si compone soprattutto di psicologi, per limitare la sovrapposizione/duplicazione degli interventi. La composizione della coppia sarà oggetto di riflessione, non si esclude perciò la partecipazione di uno psicologo DTP in una successiva fase, a seconda della valutazione dei bisogni. Nel caso il paziente non si presenti all'appuntamento concordato, lo spazio viene utilizzato per una discussione congiunta sul caso stesso o su altre situazioni il cui contatto è da valutare o da facilitare. Nell'ottica di un corretto ed efficiente utilizzo delle risorse si ritiene opportuno evitare consultazioni prolungate presso il CGP nei casi di gravi compromissioni nel DUS, nel Disturbo da Uso di Alcool (DUA), nel Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), favorendo la presa in carico nella sede Ser.D. più indicata per territorio o tipologia di consumi/comportamenti. Le eventuali indagini tossicologiche (es. esami delle matrici cheratiniche), vengono effettuate presso le sedi del Ser.D. Destinatari della consulenza possono essere l'interessato, la sua famiglia, i suoi curanti (Pediatra di famiglia, Medico di medicina generale, eventuali specialisti). I criteri della consulenza riguardano la valutazione e l'approfondimento del comportamento relativo al consumo di sostanze, alcool o gioco. Al termine della giornata di consulenze, viene stilato un report per ciascun incontro che viene conservato presso il CGP come parte integrante della cartella clinica; semestralmente il Coordinatore del Centro Giovani Ponti e il Coordinatore dell'équipe Diagnosi e Trattamento Precoce, coadiuvati da figura medica cui è attribuita la competenza aziendale di integrazione tra Ser.D. e Psichiatria, si riuniscono per monitorare il processo, analizzare punti di forza ed eventuali criticità emerse negli episodi di consulenza del semestre precedente. Viene redatto un verbale di questi incontri in cui siano esplicitate le eventuali criticità e le ipotesi correttive e migliorative. Una copia del verbale è a disposizione sia presso il CGP che presso il Ser.D. Territoriale.

Risultati preliminari

In una prima fase di sperimentazione sul campo, si sono effettuate consulenze a cadenza mensile (periodo marzo 2021 - febbraio 2022), successivamente a cadenza quindicinale. Nel corso dei primi 17 mesi (marzo 2021 - agosto 2022) della collaborazione sono state registrate 53 visite di consulenza (poco più di 3 al mese) per un totale di 40 soggetti, in due casi si trattava di genitori. In 9 casi sono state svolte più visite di con-

sulenza (fino ad un massimo di 4) per il medesimo paziente. Il 65% dei soggetti totali era di genere maschile, il 33% di genere femminile, un soggetto ha dichiarato identità non binaria. L'età media del campione è di 20 anni (DS 2,02 aa). Laddove è stato possibile rilevare la scolarità, è risultato che 17 soggetti hanno conseguito il diploma di licenza media inferiore e 13 hanno conseguito il diploma di scuola media superiore. Per ogni utente sono stati indagati l'uso di sostanze e comportamenti a rischio come il gioco d'azzardo: l'utilizzo di più di una sostanza è stato riscontrato in 13 casi, per 5 di questi le sostanze coinvolte erano più di due, fino ad un massimo di 4 sostanze rilevate in 2 dei casi presi in esame. La sostanza più frequentemente utilizzata era la cannabis (n=30), seguita da alcool (n=13) e cocaina (n=4) (Figura 1). Due soggetti hanno rivelato uso di dissociativi (inclusa la ketamina) in un contesto di poliabuso; altre sostanze riportate da singoli utenti sono state allucinogeni, amfetamine, oppioidi sintetici. Infine, un adolescente ha riferito il misuso di farmaci senza prescrizione. Inoltre sono stati rilevati un caso di gioco d'azzardo a rischio ed un caso di gaming problematico (Grafico 1).

Graf. 1 - Sostanze più frequentemente riferite dal campione



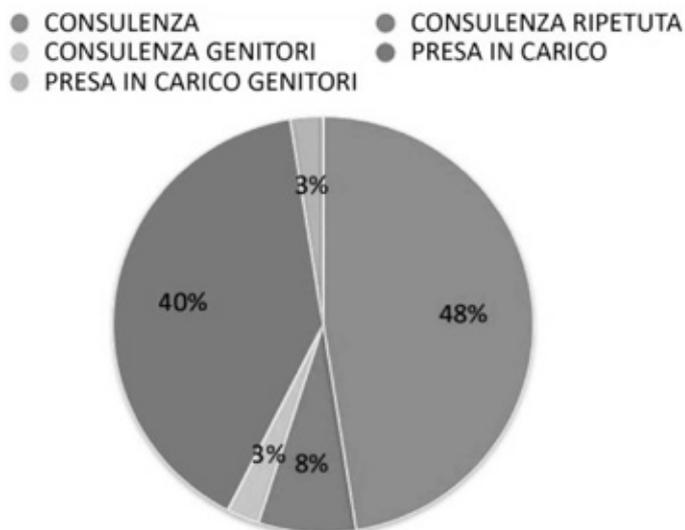
Per 34 soggetti è stata formulata almeno una diagnosi psichiatrica secondo il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta versione (DSM-5) (Grafico 2): la più rappresentata è quella di Disturbo di Personalità (n=21, in 18 casi come prima diagnosi e in 3 come seconda diagnosi), specificata in 7 casi come Disturbo Borderline di Personalità (n=7, in 6 casi come prima diagnosi e in 1 caso come seconda diagnosi). Segue la diagnosi di Disturbo Psicotico (n=9) e la diagnosi di Disturbo Depressivo (n=2) o sintomi depressivi (n=1). Sono stati rilevati Disturbi dello Spettro Autistico in 4 soggetti.

Graf. 2 - Diagnosi psichiatriche per i soggetti del campione



Dei 40 soggetti incontrati, 20 hanno beneficiato di una sola consulenza (in un caso si trattava di genitori), 3 hanno richiesto una consulenza prolungata nel tempo. In 17 casi si è proceduto alla presa in carico da parte del Ser.D., in un caso si trattava di genitori (Grafico 3).

Graf. 3 - Esito delle consulenze effettuate



Conclusioni

Nel monitoraggio di maggio 2022, in una prima analisi rispetto alla sperimentazione in corso dal marzo dello stesso anno di due mattine di consulenza al mese si sono intravisti i primi vantaggi. A livello di clima organizzativo, una maggiore fluidità e consuetudine tra operatori favorisce l'integrazione e la collaborazione. A livello clinico, la possibilità di programmare colloqui ripetuti con la stessa persona/nucleo permette di consolidare agganci per successive prese in carico al Ser.D. o consultazioni più prolungate per coloro che mantengono solo presa in carico al CGP. Infine, la possibilità di aumentare il numero di nuove consulenze e quindi di intercettare consumi/comportamenti realmente all'esordio. Nonostante non tutti gli slot disponibili siano utilizzati per prestazioni dirette all'utenza, la possibilità del contatto tra professionisti consente la facilitazione dell'intervento di rete e la consultazione reciproca rispetto ad utenti in carico ad uno solo dei servizi. Non appare, quindi, il secondo appuntamento mensile ridondante, ma la sua utilità suggerisce che una ulteriore implementazione sia da considerare, compatibilmente con le realtà organizzative dei singoli servizi. È necessario individuare strumenti per monitorare gli esiti dopo una prima fase di ricognizione.

Riferimenti bibliografici

Agenzia Accise, Dogane e Monopoli (2021). "Relazione Libro Blu 2020" in Libro Blu 2020. Testo disponibile al sito: www.avvisopubblico.it/home/wp-content/uploads/2021/09/Libro-Blu-2020.pdf, 2 gennaio 2022.

Antai-Otong D., Theis K., Patrick D.D. (2016). Dual Diagnosis: Coexisting Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders. *Nurs Clin North Am.*, 51(2): 237-47. DOI: 10.1016/j.cnur.2016.01.007

Anzillotti S., Faro G., Morè C. (2018). Lo Specchio Velato. La ricerca del Ser.D. di Orbassano sul fenomeno della complessità socio-sanitaria adolescenziale. *Mission - Open Access*, (49). Testo disponibile al sito: <https://journals.francoangeli.it/index.php/mission-oa/article/view/5321>, 2 gennaio 2022.

Bastiani L., Siciliano V., Curzio O., Luppi C., Gori M., Grassi M., Molinaro S. (2013). Optimal scaling of the CAST and of SDS Scale in a national sample of adolescents. *Addict Behav.*, 38(4): 2060-7. DOI: 10.1016/j.addbeh.2012.12.016

Brownlie E., Beitchman J.H., Chaim G., Wolfe D.A., Rush B., Henderson J. (2019). Early Adolescent Substance Use and Mental Health Problems and Service Utilisation in a School-based Sample. *Can J Psychiatry*, 64(2): 116-125. DOI: 10.1177/0706743718784935

Carrà G., Bartoli F., Brambilla G., Crocarno C., Clerici C. (2015). Comorbid addiction and major mental illness in Europe: a narrative review. *Subst Abus*, 36(1): 75-81. DOI: 10.1080/08897077.2014.960551

Colasante E., Gori M., Bastiani L., Scalese M., Siciliano V., Molinaro S. (2014). Italian adolescent gambling behaviour: Psychometric evaluation of the South Oaks gambling screen – revised for adolescents (SOGS-RA) among a sample of Italian students. *Journal of Gambling Studies*, 30(4): 789-801. DOI: 10.1007/s10899-013-9385-6

D'Egidio P.F., Carpiello B., Costantino M.A. (2017). *Carta dei servizi dei pazienti nelle condizioni cliniche di comorbidità tra disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze e addiction ("doppia diagnosi")*. Roma: FeDerSerD; SIP; SINPIA. Testo disponibile al sito: www.federserd.it/files/novita/RM17_carta.pdf, 2 gennaio 2022.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2020). *ESPAD Group, ESPAD Report 2019, Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Testo disponibile al sito: www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13398/2020.3878_EN_04.pdf, 2 gennaio 2022.

Fantuzzi C., Mezzina R. (2020). Doppia diagnosi: una revisione sistematica sull'organizzazione dei Servizi sanitari territoriali. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, rivista online di psichiatria, vol. 19. Testo disponibile al sito: www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-19/doppia-diagnosi-revisione-sistematica-servizi-sanitari-territoriali, 2 gennaio 2022.

Lambert-Harris C., Saunders E.C., McGovern M.P., Xie H. (2013). Organizational Capacity to Address Co-occurring Substance Use and Psychiatric Disorders. *Journal of Addiction Medicine*, 7(1): 25-32. DOI: 10.1097/ADM.0b013e318276e7a4

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga (2022). Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2022 (dati 2021), Roma. Testo disponibile al sito: www.politicheantidroga.gov.it/media/3404/relazione-al-parlamento-2022.pdf, 2 gennaio 2022.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga (2017). Relazione annuale al parlamento 2017 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia (dati 2016), Roma. Testo disponibile al sito: www.politicheantidroga.gov.it/media/2153/relazione-al-parlamento_2017.pdf, 2 gennaio 2022.

Sterling S., Weisner C., Hinman A., Parthasarathy S. (2010). Access to treatment for adolescents with substance use and co-occurring disorders: challenges and opportunities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(7): 637-46; quiz 725-6. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.03.019

Torales J., Castaldelli-Maia J.M., Da Silva A.G., Campos M.W., Gonzales-Urbieta I., Barrios I. (2019). Even more complex... when mental disorder meets addiction in youth: dual pathology. *Curr Drug Res Rev*, 11(1): 40-43. DOI: 10.2174/2589977511666181128165358

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno X, n. 37

MISSION n. 61

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)

Intervento di prevenzione rivolto ai medici di medicina generale mirato alla sensibilizzazione all’intercettazione precoce dei disturbi alcol-correlati e all’intervento breve nel Distretto di Vignola

*F. Pagnini**, *N. Marzocchi[^]*, *M. Montanari[§]*, *C. Gabrielli[°]*

Introduzione

In occasione della pandemia nel 2020 è stato rilevato un incremento della assunzione etilica in tutte le classi di età e in particolare nei giovani adulti e adolescenti con incremento anche nel genere femminile (1, 2).

I consumatori a rischio sono stati nel 2020 il 22,9% degli uomini e il 9,4% delle donne di età superiore a 11 anni.

Dalla analisi dei dati secondo le classi di età della popolazione si evidenzia che la fascia più a rischio è quella dei ragazzi e delle ragazze di 16 e 17 anni (maschi, 43,8%; femmine, 40,5%), seguita dagli anziani ultra 65enni.

Tali classi di età sono da considerarsi a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate come indicato dalla OMS e Commissione Europea che considera

tali classi come target di popolazione a cui rivolgere gli interventi di sensibilizzazione relativi al rischio del consumo di alcolici. La modalità di assunzione con binge drinking rappresenta quella prevalente (18,4% della popolazione tra 18 e 24 anni) con incremento dei consumatori con uso dannoso di alcol o quindi con iniziale danno d’organo a fronte di un accesso ai centri alcolologici molto limitato ovvero solo nel 10% dei casi.

Questa situazione determina l’incremento dei ricoveri ospedalieri e degli accessi in PS per condizioni o eventi attribuibili alla assunzione etilica.

I consumatori a rischio ultra 65enni secondo i criteri dell’Istituto Superiore di Sanità risultano il 33,5% degli uomini e il 7,3% delle donne con incremento del consumo fuori pasto rispetto agli anni precedenti (1).

Questa classe di età è particolarmente sensibile alle patologie croniche alcol correlate con incremento dei disturbi cognitivi (3).

La rilevanza dell’intervento breve e dei questionari di screening mirati all’intercettazione precoce del consumo rischioso o dannoso di alcol nell’assistenza sanitaria primaria viene sottolineata come indicazione dall’EAAP (European Alcohol Action Plan) e dal Si-

* AUSL Modena - Servizio Dipendenze Patologiche di Vignola, Vignola, Italy.

[^] AUSL Modena - Servizio Dipendenze Patologiche di Vignola, Vignola, Italy.

[°] AUSL Modena - Dipartimento Salute Mentale - DP, Modena, Italy.

[§] AUSL Modena - Dipartimento Cure Primarie, Vignola, Italy.

stema Monitoraggio Alcol dell'ISS, come riportato nel Rapporto ISTISAN del 2022 (1).

Le problematiche correlate all'uso cronico di alcol non sono solo cliniche ma si estendono a fattori ambientali, professionali e famigliari, per questo l'intercettazione precoce previene una deriva anche su questi temi che comportano anche il coinvolgimento di tutte le reti dei servizi socio-sanitari. L'Osservatorio Nazionale Alcol da anni sollecita la formazione obbligatoria dei medici in materia di alcologia, promuovendo l'integrazione dello screening AUDIT nei contesti di assistenza primaria.

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta rappresentano quindi un target importante per favorire la messa in atto degli interventi di intercettazione precoce dei disturbi alcol-correlati, con particolare attenzione per la fascia giovanili ed anziani ultra 65enni.

Studi internazionali dimostrano infatti l'efficacia delle attività di prevenzione attuate dai MMG negli utenti con consumo a rischio.

L'intervento breve attuato nel contesto delle cure primarie ha infatti dimostrato una riduzione della assunzione etilica in questo target di popolazione (4, 5).

Quando sussiste un manifesto Disturbo da uso dannoso di alcol o Dipendenza, l'intervento breve si dimostra inefficace con opportunità di favorire l'invio ad un trattamento specializzato (Centro Alcologico) (6).

È quindi importante che questo intervento venga attuato nelle fasi precoci dei disturbi alcol-correlati e nei contesti dei servizi sanitari di base.

Viste suddette premesse abbiamo pensato a strategie per coinvolgere i MMG del nostro Distretto attraverso la somministrazione di un questionario che ha indagato l'approccio adottato alle problematiche alcol-correlate così da sollecitare l'interesse per ulteriori aggiornamenti relativi all'Intervento Breve con eventuale riferimento a materiali già prodotti e validati (7, 8) e all'utilizzo di strumenti di screening quali l'AUDIT (9).

Definizioni

Consumatori a rischio: si definiscono consumatori a rischio secondo il criterio del ISS i consumatori abituali eccedentari (tutti i minori di 18 anni di entrambi i sessi che hanno consumato anche solo una bevanda alcolica, i maggiorenni di sesso maschile che hanno consumato più di 2 UA standard al giorno, gli anziani (sopra i 65 anni) e le donne che ne hanno consumata più di 1 e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il binge drinking almeno una volta nel corso dell'anno e il consumo lontano dai pasti) (2).

AUDIT – AUDIT C: questionario di screening elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per identificare il consumo a rischio, dannoso e la dipendenza da alcol (9).

Intervento breve: intervento della durata massima di 10-15 minuti finalizzato a comunicare al paziente il rischio rispetto al consumo alcolico rilevato, fornire informazioni sui pericoli legati alla prosecuzione di un consumo dannoso ed elicitare il paziente nell'individuare un obiettivo da perseguire al fine di modificare le proprie abitudini (7).

Per massimizzare l'efficacia dell'intervento breve è utile individuare in quale stadio del ciclo di cambiamento il paziente si trovi e adeguare gli interventi e la comunicazione alla disponibilità al cambiamento emersa (10).

Obiettivi

Sensibilizzare i medici di medicina generale relativamente alla percezione del rischio alcol-correlato e la rilevanza dell'intercettazione precoce del consumo rischioso o dannoso di alcol nei loro assistiti al fine di prevenire condizioni cliniche di cronicità e ad elevata complessità di gestione da parte di tutti i servizi della rete sanitaria.

L'obiettivo finale è fornire gli strumenti ai MMG per intercettare precocemente il consumo alcolico a rischio sensibilizzando l'utente con l'intervento breve e nel caso di riscontro di un consumo dannoso o sospetta dipendenza favorire un invio tempestivo al Centro Alcologico.

Metodi

È stato somministrato un questionario ad hoc di 10 domande, accessibile online con un link invito nella mailing list dei Medici di famiglia del Distretto di Vigola.

Il questionario è stato predisposto attraverso Google Docs, che permette la compilazione in anonimato oltre al rilievo automatico di grafici percentuali utili nella valutazione dei risultati. Le domande, che verranno di seguito esposte nei risultati, miravano a rilevare se i medici indagano le problematiche alcol correlate, in quali target di popolazione, la difficoltà nell'indagare tale tematica e la motivazione di tale difficoltà oltre alla disponibilità all'aggiornamento su questo tema. La somministrazione del questionario è stata effettuata nel periodo attiguo al mese di aprile (mese della Prevenzione Alcologica nella provincia di Modena) con il supporto della coordinatrice distrettuale delle

Cure Primarie che dapprima ha coinvolto i rappresentanti di nucleo e successivamente ha esteso l'informazione a tutti i medici del distretto attraverso una e-mail esplicativa.

Risultati

Il questionario è stato compilato da 21 medici sui 64 contattati (percentuale di rispondenti 32,8%). La prima parte delle domande mirava ad approfondire le modalità con cui viene indagata l'assunzione di bevande alcoliche da parte dei MMG, i target di popolazione, l'eventuale utilizzo di testistica nell'indagine e le difficoltà riscontrate.

Dai risultati emerge che più della metà dei rispondenti (52,4%) dichiara di indagare l'assunzione di bevande alcoliche, nell'ambito dell'indagine sugli stili di vita, in meno di un paziente su quattro; il 23,8% afferma di farlo con almeno metà dei pazienti e solo il 9,5% con almeno 3 pazienti su 4 (Grafico 1).

Per quanto concerne i target di indagine, i medici intervistati affermano di indagare il consumo di bevande alcoliche soprattutto con pazienti che già manifestano sintomi specifici per problematiche connesse all'uso di alcol.

Il 57,1% dei rispondenti afferma di indagare l'assunzione di alcol in meno di un anziano su due; mentre il 71,4% degli intervistati afferma di indagare l'assunzione di alcol in meno di un giovane su due.

Solo il 19% dei medici intervistati indaga sistematicamente il consumo di alcol con i nuovi pazienti (Grafico 2).

Un medico su due afferma di trovare difficoltà nell'indagare la assunzione di bevande alcoliche nei propri utenti.

Tra le difficoltà maggiormente riscontrate viene indicato soprattutto l'atteggiamento di negazione/minimizzazione del problema da parte del paziente.

Seguono alcune risposte libere circa le difficoltà segnalate:

- negazione da parte dei pazienti;
- mi vergogno un po' per loro;
- difficilmente sono sinceri;
- penso che il paziente non riferisca l'effettiva quantità di alcol assunta;
- difficoltà nella consapevolezza del paziente; se chiedo: assume alcol/alcolici, mi dicono subito "no", se poi chiedo beve vino e/o birra "bè, sì, ma ai pasti, niente superalcolici";
- reticenza, minimizzazione;
- ho difficoltà nel fare le giuste richieste;
- ritrosia nelle risposte;
- sfuggono alle domande, spesso sono infastiditi, negano a priori.

Nove medici su dieci dichiarano inoltre di non utilizzare strumenti di screening per indagare l'assunzione di bevande alcoliche.

La seconda parte del questionario era finalizzata a indagare i bisogni formativi rispetto all'identificazione precoce dei disturbi alcol-correlati.

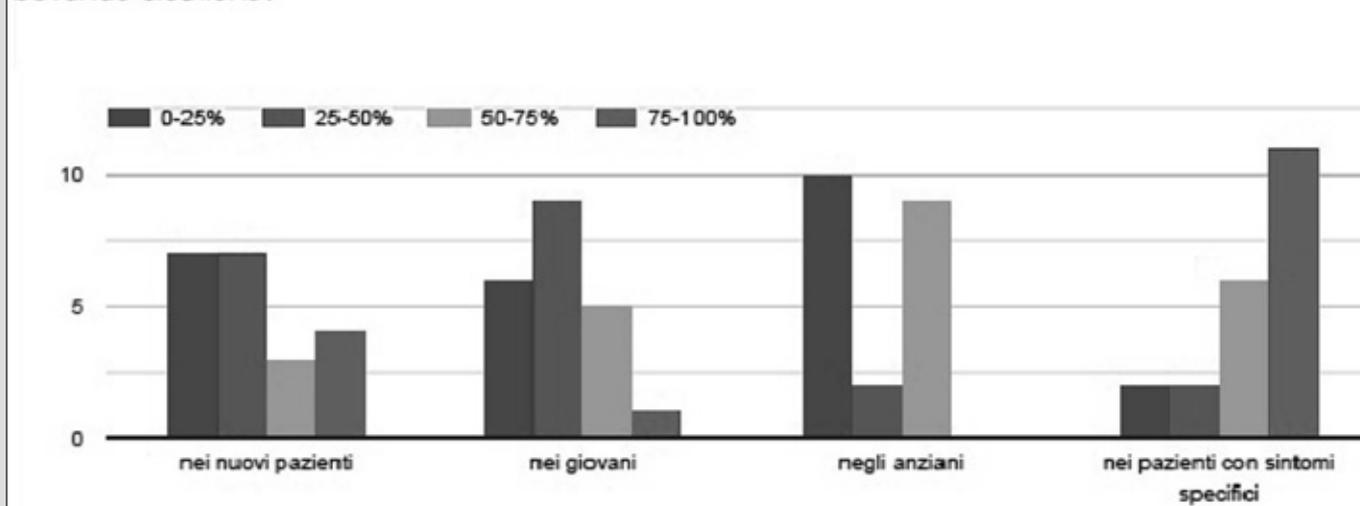
Emerge in generale interesse e disponibilità ad un approfondimento del tema e a ricevere supporti formativi e pratici.

L'85,7% degli intervistati afferma di essere interessato ad apprendere tecniche per l'identificazione precoce

Graf. 1 - Frequenza con cui viene indagato il consumo di alcol dai MMG



2) Nei seguenti gruppi di pazienti in che percentuale indaga la assunzione di bevande alcoliche?



dei disturbi alcol-correlati; il 95,2% dichiara la propria disponibilità all'utilizzo del test AUDIT-C nei casi di sospetto abuso.

L'88,7% dei medici è disponibile a indagare il consumo rischioso e dannoso di alcol nella fase di registrazione dei nuovi pazienti; negli interventi di routine; prima di prescrivere una terapia con la quale interferisce l'alcol; in risposta a problemi potenzialmente alcol correlati.

Lo 76,2% è interessato ad avere un supporto pratico da parte del Servizio Dipendenze Patologiche per apprendere le modalità dell'Intervento Precoce; il 90,5% è interessato ad avere materiali e documenti e ad eventuali eventi formativi.

Commenti e considerazioni

Dai risultati sopra riportati emerge quanto segue:

- l'indagine del consumo di bevande alcoliche nell'ambito della valutazione degli stili di vita non viene condotta in maniera sistematica dalla maggior parte dei medici intervistati, sebbene le linee guida dell'ISS suggeriscano al riguardo che "l'identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol funziona al meglio se inserito di routine nella pratica clinica" (7, p. 81);
- rispetto ai target di popolazione, l'indagine dell'assunzione di bevande alcoliche si concentra soprattutto su pazienti che presentano già sintomi specifici per disturbi alcol-correlati (e quindi presumibilmente già seguiti da altri servizi specialistici) rispetto al gruppo di giovani e anziani come

popolazione a rischio verso cui è maggiore l'efficacia dell'Intervento Breve nel contesto dell'assistenza primaria;

- è auspicabile incrementare l'indagine del consumo di alcol in fase di registrazione dei nuovi pazienti, così come raccomandato dall'ISS (1);
- fra le difficoltà maggiormente riscontrate da parte dei medici nell'indagine del consumo di alcol, viene riportato l'atteggiamento di negazione/minimizzazione del paziente e l'imbarazzo del medico nel porre domande riguardanti l'alcol.

È da sottolineare come la reticenza del paziente se da una parte rende difficile l'indagine, dall'altra può rappresentare essa stessa un sintomo correlato a un consumo a rischio da non sottovalutare. Secondo il report dell'ISS "non ci sono evidenze per supporre che l'identificazione sistematica del consumo rischioso e dannoso di alcol comporti effetti negativi come disagio o insoddisfazione tra i pazienti" (7, p. 81).

La metodologia del colloquio motivazionale e degli stadi del cambiamento potrebbe fornire strumenti comunicativi al medico per facilitare l'indagine del consumo di alcol (10);

- l'indagine potrebbe essere altresì agevolata dall'impiego di questionari di screening, attualmente sottoutilizzati;
- nel gruppo dei medici che hanno partecipato sono stati rilevati interesse e disponibilità verso la formazione e l'aggiornamento su tematiche di alcologia.

Tra coloro che non hanno partecipato all'indagine abbiamo rilevato perplessità rispetto all'utilità dell'intervento per l'eccesso di impegno e carico di lavoro in un momento critico come quello pandemico.

Prossime azioni e obiettivi futuri

I risultati rilevati e le considerazioni soprariportate hanno suggerito di sviluppare le future azioni secondo due direttrici: da una parte è emersa l'opportunità di approfondire con ulteriori studi gli ostacoli che rendono difficoltosa una sistematica indagine dell'assunzione di bevande alcoliche nell'ambito dell'assistenza primaria; dall'altra si rende opportuno raccogliere il bisogno formativo emerso declinandolo in azioni mirate, di breve durata, centrate sulla familiarizzazione con le modalità dell'intercettazione precoce, gli elementi comunicativi e motivazionali dell'intervento breve e relativi strumenti (AUDIT-C).

A tal proposito, in occasione di un intervento di prevenzione su alcol e tabagismo che si è svolto in data 17.5.2022 abbiamo raccolto la disponibilità e l'interesse di tutti i 7 MMG della Casa della salute di Spilamberto e di un medico della Casa della salute di Guiglia rispetto alle tematiche alcol e tabagismo correlate.

Dai medici stessi ci è stato chiesto di effettuare un breve intervento formativo/informativo in una fascia oraria per loro agevole rispetto alla attività di lavoro ovvero dalle 13 alle 14 presso le Case della salute di Spilamberto e Guiglia.

Tale intervento, programmato per l'autunno, riguarderà le strategie cliniche e motivazionali dell'intercettazione precoce dei disturbi alcol-correlati e accenni sulle tecniche di intervento breve. In considerazione del riscontro che per i MMG è importante che l'attività di sensibilizzazione non incida in modo rilevante sulle tempistiche dell'organizzazione di lavoro, la formazione sarà sintetica e pragmatica.

Nell'ottica di mantenere vivo l'interesse sulle tematiche dell'alcolologia, è stata ipotizzata la redazione di una newsletter a cadenza semestrale, rivolta ai Medici di Medicina Generale, riguardante aggiornamenti, strumenti e novità della ricerca scientifica sulla materia.

Potremo anche identificare ulteriori strategie mirate al coinvolgimento dei medici attualmente meno motivati attraverso il confronto che avremo occasione di avere con i MMG già coinvolti nel progetto.

Strumenti da fornire in futuro ai MMG per l'intervento breve e intercettazione precoce dei disturbi alcol-correlati nell'ambito degli interventi formativi che verranno effettuati

- Opuscolo di Guadagnare Salute (11).
- Dispensa del ISS: linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve (7).
- AUDIT, AUDIT C (9) ed eventualmente CIWA-AR per il rilievo dei sintomi astinenziali (12).

Riferimenti bibliografici

- (1) Scafato E., Girini S. *et al.* (Gruppo di lavoro centro servizi documentazione alcol del ISS). *Rapporto ISTISAN 22/1 Epidemiologia e monitoraggio alcol correlato in Italia e nelle Regioni*. Valutazione dell'Osservatorio nazionale alcol sull'impatto del consumo di alcol al fine dell'implementazione delle attività del Piano nazionale alcol e salute. Rapporto 2022. www.epicentro.iss.it
- (2) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/03/2001 n. 25 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati". Anno 2020 e Anno 2021. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3059_allegato.pdf
- (3) Pierucci-Lagha A. (2003). Alcoholism and aging. Epidemiology, clinical aspect and treatment. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.*, 1(3): 197-205 Review.
- (4) Bertholet N., Daeppen J.B., Wietlisbach V., Fleming M., Burnand B. (2005). Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med.*, 165: 986-95. (PubMed: 15883236)
- (5) Kaner E.F., Dickinson H.O., Beyer F. *et al.* (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug Alcohol Rev.*, 28: 301-23. (PubMed: 19489992)
- (6) Saitz R. (2010). Alcohol screening and brief intervention in primary care: absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev.*, nov. 29 (6): 631-40.
- (7) Scafato E., Gandin C., Patussi V. e il gruppo di lavoro IPIB del ISS. *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve*. www.epicentro.iss.it/alcol/linee/fascicolo1.pdf
- (8) Bartoli G., Scafato E. *et al.* (2002). Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati. Gli strumenti per l'identificazione precoce e l'intervento breve nei confronti del bere a rischio. *ALCOLOGIA*, 14 (2-3): 109-117.
- (9) Johnson J.A. *et al.* (2013). Use of Alcohol Disorders Identification Test (AUDIT) in primary care. *Alcohol Clin Exp Res.*, 37 suppl 1: E253-9.
- (10) Miller W.R., Rollnick S. (1991). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviors*. New York-London: The Guilford Press.
- (11) Opuscolo: *Guida utile all'identificazione e alla diagnosi dei disturbi alcol-correlati. Alcol: sai cosa bevi? Più sai meno rischi*. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Progetto europeo: Guadagnare Salute. www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_104_allegato.pdf
- (12) Sullivan J.T., Sykora K., Schneiderman J., Naranjo C.A., Sellers E.M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict.*, 84(11): 1353-1357.

Progetto di Disassuefazione Alcolica

Aspetti organizzativi e clinici: dall'Ospedale al Territorio

Ruggero Merlini, Giuseppe Fiorentino*

Premesse

Nel mondo, l'alcol rappresenta uno dei fattori principali di rischio per la salute pubblica con 3.000.000 di decessi/anno di cui circa 1.000.000 nella sola Europa.

In Italia, l'alcol è responsabile del 20% dei ricoveri con un numero maggiore in alcune regioni come Friuli, Val d'Aosta e Trentino Alto Adige.

Il consumo a rischio di alcol e il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) rappresentano le principali cause di malattia epatica nelle sue diverse declinazioni di severità; la Sindrome da Astinenza (AWS) ne rappresenta un aspetto rilevante, quale possibile complicanza.

Per tale motivo, come suggerito anche dalle Linee Guida Internazionali, sono richiesti trattamenti integrati che possano includere interventi medici, farmacologici, psicologici e sociali.

Anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) fornisce un ampio capitolo di riforme ed interventi volti a rappresentare e sviluppare le reti e i presidi territoriali per una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari, utili anche per quanto trattato in questo articolo.

All'attualità, l'interruzione dell'uso di alcol e l'eventuale AWS conseguente, sono modulati unicamente attraverso un ricovero programmato ad eccezione di condizioni cliniche 'urgenti' (delirium tremens, agitazione psico-motoria, ecc.) per le quali i pazienti accedono direttamente in Pronto Soccorso (PS).

Alla luce di quanto esplicitato, il ricovero per disassuefazione potrebbe essere programmato in altri setting come Macroattività Ambulatoriale (MAC), Casa di Comunità (CDC), Ospedale di Comunità (ODC), spostando l'asse di cura dall'Ospedale al Territorio.

Obiettivi strategici

La proposta di progetto mira sia alla riduzione del rischio di recidiva di abuso alcolico che a limitare il numero di accessi in PS e le ospedalizzazioni, i cui costi elevati incidono sia sul paziente che sul Sistema Sanitario che, al contrario, potrebbero essere ridotti spostando l'asse di cura dall'Ospedale al Territorio.

Il progetto coinvolge quindi, oltre gli operatori sanitari, anche le diverse strutture territoriali del bacino di riferimento (ASST, CDC, ODC).

Metodologia

Al fine del raggiungimento degli obiettivi sopracitati, è stata effettuata un'analisi 'as is' e una valorizzazione del percorso, compreso quello alternativo, tramite l'Activity Based Costing, una SWOT analisi ed infine un'analisi economica di confronto comparando i diversi regimi di rimborsabilità.

Descrizione progetto

Sulla scorta di un'esperienza maturata presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna, che ha adottato un percorso di disassuefazione da alcol in regime MAC, in un contenitore Day-Hospital (DH) già presente e nel quale venivano erogati altri DRG, si è pensato di traslare questo approccio in un contesto territoriale comprensivo di CDC e ODC.

Il differente percorso proposto è legato alla selezioni 'a priori' del paziente (presenza/assenza di comorbidità psichiatriche, severità di malattia, compliance).

Analisi dei costi

I costi inerenti le Risorse Umane sono stati stimati sulla base del Contratto Collettivo Nazionale

* UOS Alcolologia, Servizio delle Dipendenze, DSMD, ASST Melegnano e Martesana, Milano.

(CCNL) considerando il tempo medio per il medico (anamnesi, visita, compilazione cartella...) e per l'infermiere (esecuzione etilometro, isolamento accesso venoso...).

Il costo del monitor multiparametrico è stato stimato partendo dal suo costo d'acquisto con un ammortamento in 10 anni.

Poi valutati i costi 'al dettaglio' per farmaci e materiali; i costi generali sono stati stimati pari al 20% del totale.

I costi invece della singola giornata di degenza, all'interno di un'area a media intensità di cura/complessità, sono, rispettivamente di 528,38€ e 174,00€ (Ospedale vs ODC).

Risultati attesi

Dalla valutazione comparativa di costi e spese tra MAC, CDC, ODC e Ospedale si può evidenziare un risparmio evidente per i pazienti avviati al percorso MAC/CDC, peranco nei pazienti ricoverati in ODC.

Secondo questo progetto territoriale, va considerato che tutti i pazienti attualmente ospedalizzati, verrebbero avviati a percorsi 'tailored' con lo scopo (la finalità del progetto) di ridurre le ricadute e mantenere l'astensione nel tempo.

Infatti, a fronte di studi in letteratura che riportano un alto rischio di ricaduta (tassi variabili dal 40 fino all'80%), nello specifico, la percentuale di successo di disassuefazione da alcol non dovrebbe variare al diverso percorso di ricovero proposto.

Riteniamo inoltre, sulla scorta dell'esperienza maturata presso l'ospedale bolognese precedentemente citato, che la gestione 'sul territorio' potrebbe contribuire ad una migliore qualità di vita (QOL) e compliance del paziente.

Sodio Oxibato

Il progetto prevede l'utilizzo privilegiato di un farmaco di uso consolidato, il Sodio Oxibato, che oltre a ridurre il craving (predittore del risultato del trattamento), può raggiungere un trend più rapido sia nella riduzione dei sintomi in acuto che nella riduzione della frequenza delle ricadute.

Per tale motivo, un primo indicatore utile a misurare l'efficientamento ottenuto dalla riorganizzazione e dal cambio di setting di cura è proprio la 'riduzione delle ricadute'.

Conclusioni

In Italia, la spesa per 'danni da alcol' si aggira sui 22.000.000.000 di € e il 20% dei ricoveri nei Reparti di Cura è correlata al DUA.

La proposta di un'allocatione territoriale basata sulle caratteristiche cliniche del paziente (gravità del DUA e comorbidità psichiatriche), rappresenterebbe una soluzione vantaggiosa sia per il paziente (miglior compliance, miglior QOL) che per il Sistema Sanitario nel suo complesso (abbassamento dei costi rispetto alle modalità di ricovero attuali, riduzione delle liste di attesa, riduzione dei ricoveri ospedalieri).

Riferimenti bibliografici

- Addolorato G., Abenavoli L., Dallio M. *et al.* (2020). Alcohol associated liver disease 2020: a clinical practice Guideline by the Italian Association for the Study of Liver (AISF). *Dig Liver Dis*, 52: 374-391.
- Brambilla R., Vigna-Taglianti F. *et al.* (2012.) *Riv Psichiat*, 47(4): 269-280.
- De Bruijn C. *et al.* (2005). The craving withdrawal model for alcoholism: towards the DSM-V. Improving the discriminant validity of alcohol use disorder diagnosis. *Alcohol and Alcoholism*, July/August, 40(4): 314-322.
- European Association for the Study of the Liver (2018). EASL Clinical Practice Guidelines: management of alcohol-related liver disease. *J Hepatol*, 69: 154-181.
- Gallus S., Lugo A., Borroni E. *et al.* (2023). Symptoms of Protracted Alcohol Withdrawal in Patients with Alcohol Use Disorder: A comprehensive Systematic Review. *Current Neuropharmacology*, 21(2).
- Heilig M., Egli M., Crabbe J.C., Becker H.C. (2010). *Addict Biol*, 15(2): 169-184.
- Reus V.I., Fochtman L.I. *et al.* (2018). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients with Alcohol Use Disorder. *Am J Psychiatry*, 175: 86-90.
- WHO Regional Office for Europe (2020). Making the WHO European Region SAFER: developments in alcohol control policies across the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Sitografia

www.pmi.it/economia/lavoro/367124/ccnl-commercio-calcolo-stipendio-netto-livello.html.

Riferimenti normativi

Legge Regionale Lombardia 14 dicembre 2021 n. 22 e DM 77/2022.

Relazione tra l'alcol e le conseguenze della violenza sessuale

Ezio Manzato*, Giovanna Del Balzo**

Collegamenti tra alcol, violenza sessuale e conseguenze

Il consumo di alcol da parte dell'aggressore, della vittima o di entrambi è stato osservato in almeno il 50% di tutte le violenze sessuali (SV), con vittimizzazione sessuale solitamente più grave nel caso di consumo di alcol contemporaneo da parte di entrambi (Norris, 2008; Abbey, 2011).

Il consumo di alcol contemporaneo da parte della vittima è risultato implicato nel 50-70% delle vittimizzazioni sessuali (Reed *et al.*, 2009). Il 30-75% degli aggressori sessuali è risultato sotto l'influenza dell'alcol nel momento di perpetrare una violenza sessuale (Abbey, 2008, 2011). Il consumo contemporaneo da parte dell'aggressore e della vittima suggerisce che l'alcol può giocare un ruolo causale in alcune violenze sessuali.

Per la frequente associazione tra il consumo di alcol e la perpetrazione di violenza sessuale sono state prese in considerazione tre possibili spiegazioni (Abbey, 2008, 2011).

La prima è che l'alcol può essere la causa della violenza sessuale.

La seconda è che il desiderio di commettere una violenza sessuale da parte di un aggressore sessuale può essere la causa della violenza sessuale.

Sebbene questa direzione causale possa inizialmente sembrare improbabile, in molte culture l'intossicazione alcolica fornisce una scusa per comportamenti che sono tipicamente biasimati; così alcuni aggressori sessuali possono decidere volontariamente di ubriacarsi per essere in grado di giustificare a se stessi e agli altri la pianificazione del loro comportamento sessuale aggressivo (George e Stoner, 2000; Abbey, 2008, 2011; Zinzow e Thompson, 2015).

La terza è che la relazione è spuria, in conseguenza di una terza variabile che causa sia il bere che la violenza sessuale da parte del aggressore sessuale.

Ad esempio, le caratteristiche di personalità, come il narcisismo, l'impulsività, la tendenza alla ricerca di sensazioni nuove e forti (novelty seeking o sensation seeking) e le esperienze di vita (come il maltrattamento infantile o la violenza sessuale adolescenziale) sono state collegate al consumo alcolico pesante e al comportamento sessuale aggressivo, per cui gli aggressori sessuali bevono pesantemente e quindi vittimizzano le altre persone.

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

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

Questo suggerisce che per alcuni individui i tratti di personalità possono essere la causa sia del loro bere eccessivo che della loro aggressività sessuale (Ouimette, 1997; Abbey, 2008, 2011; Wegner e Abbey, 2016).

Per di più, gli uomini che sono predisposti alla vittimizzazione sessuale possono agire con maggiore probabilità i loro desideri quando bevono, in conseguenza degli effetti negativi che l'alcol ha sui processi cognitivi di ordine superiore (es. pianificazione, decisione e inibizione) (Wegner e Abbey, 2016).

Per la vittimizzazione sessuale d'altra parte è stato evidenziato che il consumo problematico di alcol e/o l'uso di droghe associati con altri predittori (es. storia di precedente vittimizzazione, sintomi psicopatologici, numero elevato di partner sessuali e cambiamento nelle modalità di bere all'ingresso all'università) sono fattori di vittimizzazione sessuale e fisica tra le studentesse durante il periodo dell'università (in particolare durante il primo anno accademico) (Parks *et al.*, 2008). Anche gli episodi di bere pesante, binge drinking (BD) (cioè consumo di 4 o più drink in un'unica occasione in circa 2 ore per una donna) sono stati associati ad un aumento significativo della probabilità di subire uno stupro alcol-indotto tra le studentesse universitarie americane e canadesi (in particolare durante il primo anno accademico) (McCauley *et al.*, 2010; Senn *et al.*, 2014).

Ugualmente il consumo pesante di alcol è stato associato a vittimizzazione sessuale sia nelle femmine che nei maschi di una grande università del Midwest degli Stati Uniti (Tyler *et al.*, 2017). Anche nelle donne della comunità il bere regolare è associato a maggiore probabilità di vittimizzazione sessuale, che aumenta ancora di più in caso di bere eccessivo (Bryan *et al.*, 2016). Pure le donne che soffrono di grave malattia mentale (SMI) sono risultate ad alto rischio di diventare vittime di violenza sessuale, come è stato riportato in donne (di età media di 27.5 anni) sottoposte ad esami medico-legali per violenza sessuale (SAMFE) che nel 46.7% (prevalenza doppia rispetto alla popolazione generale) presentavano una preesistente malattia mentale e/o un uso in atto di psicofarmaci (Miles *et al.*, 2022).

Parimenti in giovani donne adulte (di età compresa tra 19 e 22 anni) appartenenti a minoranze sessuali e di genere (SGM), come lesbiche e bisessuali, è stato osservato che la violenza sessuale era associata al binge drinking ed anche alla presenza di sintomi depressivi (Siconolfi *et al.*, 2023).

Le conseguenze sulla salute e le lesioni fisiche derivanti da uno stupro, sono state indagate in un campione di donne a livello nazionale degli Stati Uniti (41.174 rispondenti con 22.590 donne e 18.584 uomini) utilizzando i dati ricavati con un'intervista telefonica dalla sommini-

strazione 2010-2012 del National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS).

I risultati hanno indicato che nel corso della vita circa 2 vittime di stupro su 5 (39.1%) avevano riportato lesioni (es. lesioni vaginali o altre lesioni interne o esterne) e il 12.3% aveva riferito una malattia a trasmissione sessuale (STD) a seguito di vittimizzazione da stupro.

Circa il 71.3% delle vittime di stupro (con una stima di circa 16.4 milioni di donne) nel corso della vita aveva subito una qualche forma di conseguenza sulla salute fisica e mentale o su comportamenti correlati alla salute.

Le conseguenze comunemente rivelate erano paura (65.2%), preoccupazione per la sicurezza (58.9%), sintomi del disturbo post-traumatico da stress (PTSD)(56.6%), lesioni (35.7%), assenza di almeno 1 giorno da scuola o dal lavoro (25.9%) e necessità di cure mediche (25.4%).

Tra le donne statunitensi, le probabilità di dichiarare asma, sindrome dell'intestino irritabile, cefalea frequente, dolore cronico, difficoltà a dormire, limitazioni dell'attività, scadente salute fisica o mentale (anche associate) o uso di attrezzature speciali (es. sedia a rotelle), erano significativamente più alte nel corso della vita per le vittime di stupro rispetto alle donne non vittime (Basil et al., 2021).

Le conseguenze accademiche successive alla vittimizzazione sessuale tra gli studenti universitari sono state analizzate nella review sistematica di Molstad e colleghi (2023), in cui i 13 studi inclusi (con coerenza di risultati) hanno indicato che la violenza sessuale era associata a maggiori problemi accademici, tra cui media inferiore nei voti, abbandono dell'università e problemi di apprendimento auto-regolati.

Conseguenze psichiche (di-stress psichico) e tossicologiche (problemi di consumo di alcol e/o sostanze)

Un'analisi della letteratura basata sull'evidenza relativa allo sviluppo di patologie psichiatriche come conseguenze di violenza sessuale (evento traumatico tra i più a rischio di sviluppo del disturbo post-traumatico da stress-PTSD), ha evidenziato nelle vittime di violenza sessuale, rispetto alle vittime di altri traumi, la presenza di vari disturbi psichiatrici, come il disturbo post-traumatico da stress (esito presente nel 95% vs il 47% per altri tipi di trauma), i disturbi sessuali (90% vs 19%), la depressione maggiore (75% vs 44%), i disturbi del comportamento alimentare (53% vs 6%) e in misura minore i disturbi d'ansia diversi dal disturbo post-traumatico da stress.

È stata anche riportata la presenza di comorbilità tra depressione e disturbo post-traumatico da stress e le donne con tale doppio disturbo manifestavano sintomi più gravi di entrambe le patologie. Le vittime con disturbo post-traumatico da stress isolato presentavano una maggiore incidenza di abuso sessuale infantile (CSA).

L'abuso sessuale infantile esponeva a una maggiore incidenza di violenza nelle relazioni intime (IPV) ed aveva come esito lo sviluppo del disturbo post-traumatico da stress, ma soprattutto predispondeva a nuovi abusi (cioè

a rivittimizzazione), a causa di modificazioni psichiche che determinerebbero una serie di conseguenze tali da rendere la donna più esposta ad ulteriori abusi e traumi, con conseguente aggravamento del disturbo post-traumatico da stress e della salute psico-fisica in generale.

Sono state segnalate anche conseguenze funzionali sulla salute sessuale e genitale delle donne vittime di violenze sessuali, come maggiore incidenza di dismenorrea, irregolarità mestruali, dispareunia, menorragia, amenorrea per almeno due cicli e perdita di piacere, oltre a disturbi riproduttivi.

La più frequente associazione che è stata osservata in caso di disturbo post-traumatico da stress era l'abuso di alcol, che ad oggi viene spiegata con la teoria dell'auto-medicazione, secondo la quale l'alcol verrebbe usato dalle donne per far fronte (coping) agli stati affettivi spiacevoli, come quelli causati dal disturbo post-traumatico da stress e dall'abuso sessuale infantile.

Tuttavia, l'alcol aumenterebbe il rischio di rivittimizzazione, perché disturba i meccanismi auto-protettivi e le capacità di risolvere i problemi, rendendo la donna più vulnerabile ad eventuali aggressioni, e modificherebbe l'impressione suscitata sull'uomo, che percepisce la donna come maggiormente disponibile a livello sessuale.

Il rischio di rivittimizzazione sarebbe aumentato ugualmente anche dalle droghe (es. la marijuana) (Di Giacomo et al., 2014).

La violenza sessuale (SV) e la violenza da parte del partner intimo (IPV), che sono attualmente due emergenze globali di salute pubblica, presentano significative conseguenze psicologiche e fisiche a breve e a lungo termine per le donne che ne sono vittime.

Gli esiti psicologici negativi a breve termine comprendono sensazioni di shock, incredulità, confusione, vergogna e colpa, auto-attribuzione della colpa, ritiro sociale, flahback ed insonnia; le vittime possono riportare anestesia emotiva, ipervigilanza, evitamento dei ricordi dell'evento, alterazione della routine giornaliera, paura dell'aggressore, paura di un'altra aggressione e ansia circa la rivelazione dell'incidente subito.

Gli esiti psicologici negativi a lungo termine comprendono il disturbo post-traumatico da stress, il disturbo depressivo, il disturbo d'ansia generalizzata e altri disturbi d'ansia, i disturbi da uso di sostanze (SUD), i disturbi alimentari, i disturbi del sonno e i tentativi di suicidio.

Sono state segnalate anche conseguenze negative per la salute fisica che comprendono lesioni corporee, fratture ossee, lesioni genitali e abrasioni, problemi ginecologici come gravidanze indesiderate ed infezioni a trasmissione sessuale (STI) compresa l'infezione da HIV.

Sono stati riportati anche problemi alla funzione riproduttiva e sessuale (es. anormalità ovulatorie e mestruali, endometriosi, dispareunia e riduzione o assenza di interesse sessuale), disturbi somatici (es. dolore muscolo-scheletrico, dolore al viso, al collo e alla schiena, cefalea e dolore pelvico cronico), gastrointestinali (sindrome del colon irritabile) e cardiaci.

La severità di tali sintomi somatici sarebbe peraltro influenzata dai sintomi post-traumatici e da quelli depressivi.

Sono stati anche descritti comportamenti nocivi per la salute (es. fumo, abuso di sostanze e/o di alcol e comportamenti sessuali ad alto rischio) (Pemberton e Loeb, 2020).

Disturbo post-traumatico da stress e problemi di uso di alcol e/o sostanze

La letteratura ha riportato che la violenza sessuale solitamente presenta conseguenze psichiche che durano a lungo nel tempo e infatti molte vittime manifestano sintomi di di-stress (es. disturbo post-traumatico da stress-PTSD e depressione), continuativi per mesi o anche anni dopo le aggressioni subite.

Questa cronicità è stata attribuita a fattori correlati all'individuo e al contesto sociale di vita (Müller *et al.*, 2018; Dworkin *et al.*, 2018, 2023).

La cronicità dei sintomi del disturbo post-traumatico da stress conseguenti a traumi sessuali e non sessuali (es. remissioni mancate o ritardate a lungo nel tempo) è stata attribuita a caratteristiche psico-sociali delle vittime, come stato socio-economico inferiore, traumi sessuali multipli subiti nell'infanzia e nei periodi successivi dell'adolescenza e dell'età adulta, gravità dei sintomi post-traumatici, concomitanza con la depressione ed eventuale trattamento.

In particolare, è stato osservato che i sintomi post-traumatici di evitamento e i sintomi depressivi determinerebbero tempi più lunghi di remissione dopo un trauma sessuale subito sia durante l'infanzia che in periodi successivi della vita (Müller *et al.*, 2018).

La percezione positiva di supporto sociale è stata identificata invece come fattore protettivo contro lo sviluppo del disturbo post-traumatico da stress e in particolare il supporto sociale percepito degli amici sarebbe associato alla diminuzione nel tempo dei sintomi post-traumatici (Dworkin *et al.*, 2018).

La meta-analisi di Dworking e colleghi (2023), attuata per identificare la prevalenza e la gravità del disturbo post-traumatico da stress (presente con tassi più elevati nella violenza sessuale) e i cambiamenti nel tasso medio di guarigione nei 12 mesi successivi alla violenza sessuale, ha esaminato studi prospettici pubblicati fino ad aprile 2020, con valutazione del disturbo post-traumatico da stress in almeno 10 sopravvissuti e in almeno due momenti temporali a partire da 3 mesi dopo l'aggressione.

La meta-analisi di 22 studi di campioni unici (con 2.106 partecipanti) ha indicato che il 74.58% (95% intervallo di confidenza (67.21, 81.29)) e il 41.49% (95% intervallo di confidenza (32.26, 50.92)) dei sopravvissuti soddisfacevano i criteri diagnostici del disturbo post-traumatico da stress rispettivamente al primo e al 12° mese dopo la violenza sessuale.

La gravità dei sintomi del disturbo post-traumatico da stress era del 47.94% (95% intervallo di confidenza (41.27, 54.61)) e del 29.91% (95% intervallo di confidenza (23.10, 36.73)) della gravità massima di scale sui sintomi post-traumatici rispettivamente al primo e al 12° mese dopo la violenza.

La maggior parte del recupero dei sintomi post-traumatici è risultata verificarsi entro i primi 3 mesi successivi alla violenza sessuale, dopodiché il tasso medio di recupero è risultato rallentare; con ciò suggerendo che il disturbo post-traumatico da stress da violenza sessuale è un disturbo psichico frequente e grave e i primi 3 mesi dopo l'aggressione sessuale possono essere un periodo critico per il recupero naturale.

La letteratura ha messo in evidenza che le donne vittime di violenza sessuale in età adulta presentano una forte probabilità di sviluppare un disturbo post-traumatico da stress, frequentemente associato con il consumo problematico di alcol e/o con l'uso di droghe e perfino con il disturbo da uso di alcol (AUD) e con il disturbo da uso di sostanze (SUD)(Ullman *et al.*, 2013; Ullman, 2016).

Nelle donne, ma anche negli uomini, vittime di un trauma interpersonale (IPT) (es. violenza fisica e sessuale) e con sintomi del disturbo post-traumatico da stress, il consumo problematico di alcol può essere la strategia principale per far fronte (coping) al di-stress ed alle emozioni spiacevoli conseguenti all'esposizione al trauma (Simpson *et al.*, 2014; Danielson *et al.*, 2021).

La frequente coesistenza tra il disturbo post-traumatico da stress e il disturbo da uso di alcol (analogamente al disturbo da uso di sostanze) viene spiegata attraverso diversi modelli eziologici, incluso il rischio genetico condiviso e la causalità fenotipica, tuttavia la teoria più comune di associazione eziologica è quello dell'automedicazione del bere e dell'uso di sostanze per far fronte al di-stress (sintomi del disturbo post-traumatico da stress e di altre patologie psichiche) (Ullman *et al.*, 2013; Sheerin *et al.*, 2016).

La review di Hawn e colleghi (2020), in cui sono stati inclusi 24 studi (nella maggior parte trasversali, 2 micro-longitudinali e 1 longitudinale) relativi all'associazione tra il disturbo post-traumatico da stress e l'uso problematico di alcol, ha fornito complessivamente prove a favore dell'ipotesi dell'automedicazione (attraverso una varietà di strumenti di misurazione e di approcci di analisi dei dati) mostrando che i motivi di coping correlati al bere e le aspettative di riduzione della tensione risultavano influenzare ampiamente l'associazione tra il disturbo post-traumatico da stress e il consumo di alcol, pur nella limitatezza del rigore metodologico degli studi.

Sulla base dei dati epidemiologici, secondo i quali la violenza sessuale nelle donne è risultata associata a rischio più elevato di problemi con il consumo di alcol e con l'uso droghe, uno studio ha esaminato in che modo i vari tipi di trauma (interpersonale es. abuso infantile, abuso da partner intimo, abuso da sconosciuto, abuso emotivo e stalking; non interpersonale es. quartiere pericoloso, zona militare di guerra, minaccia con un'arma, minaccia durante una rapina, altre situazioni pericolose, omicidio di amici stretti e assistere a una morte), il far fronte al di-stress con l'uso di sostanze e il disturbo post-traumatico da stress, si collegano con il consumo di alcol e l'uso di droghe nell'anno precedente in donne che hanno subito violenze sessuali da adulte.

Sono stati analizzati i dati di un campione ampio e diversificato etnicamente (45% nere/afroamericane e 35%

bianche) di 1.863 donne dell'area metropolitana di Chicago (con età media di 31.1 anni).

I risultati hanno mostrato che i sintomi post-traumatici mediavano in modo completo l'associazione tra il trauma non interpersonale e l'uso di sostanze per far fronte al di-stress; invece, l'associazione tra entrambi trauma interpersonale e gravità dell'abuso sessuale infantile sull'uso di sostanze per far fronte al di-stress era solo parzialmente mediata dai sintomi post-traumatici.

A sua volta, l'uso di sostanze per far fronte al di-stress mediava in modo completo la relazione tra il disturbo post-traumatico da stress e l'uso problematico di sostanze, nonché mediava in modo parziale l'effetto del disturbo post-traumatico da stress sul consumo problematico di alcol.

Questi risultati nel complesso suggeriscono che i diversi tipi di trauma e il far fronte al di-stress con l'uso di sostanze possono essere importanti fattori di rischio, che permettono di differenziare le vittime di violenza sessuale che sviluppano il disturbo post-traumatico da stress e l'uso problematico di sostanze rispetto a quelle che non lo fanno (Ullman *et al.*, 2013).

Per testare contemporaneamente in un campione ad alto rischio le ipotesi bidirezionali se l'alcol può aumentare il rischio di vittimizzazione e/o se il di-stress derivante dalla vittimizzazione può aumentare il rischio di consumo di alcol, includendo la violenza sessuale (SA) e la vittimizzazione da violenza da parte del partner intimo (IPV) ed esplorando i potenziali effetti moderatori dei sintomi del disturbo post-traumatico da stress su questi percorsi, è stata effettuata una analisi secondaria dei dati derivanti da uno studio più ampio (per migliorare le reazioni sociali alla rivelazione della violenza), condotto presso una università pubblica di medie dimensioni nel nord-est degli Stati Uniti.

È stato reclutato un campione di 631 studentesse universitarie (71.0% delle 889 che avevano completato l'intervista al tempo T2), giovani, prevalentemente bianche ed eterosessuali, che sono state testate in due momenti successivi all'inizio (T1) e dopo 6 mesi (T2).

Al tempo T1 il 39.9% (252) delle studentesse ha riportato di essere stata vittima di violenza sessuale nel corso della vita e il 37.2% (235) di essere stata vittima di violenza del partner nel corso della vita; al tempo T2 il 10.8% (68) delle studentesse ha riportato vittimizzazione da violenza sessuale e il 15.5% (98) ha riportato vittimizzazione da violenza del partner nel corso degli ultimi 6 mesi.

I risultati hanno indicato che l'uso di alcol al tempo T1 aumentava il rischio di violenza sessuale al tempo T2 (ma non la vittimizzazione da violenza del partner intimo) e che i sintomi post-traumatici moderavano questa associazione; a livelli più bassi di sintomi post-traumatici non c'erano associazioni significative tra l'uso di alcol settimanale e la successiva vittimizzazione da violenza sessuale, mentre a livelli più alti di sintomi post-traumatici l'uso di alcol settimanale prevedeva la successiva vittimizzazione da violenza sessuale.

Al contrario, l'ipotesi direzionale opposta non è stata supportata; né la violenza sessuale né quella del partner

intimo durante la vita al tempo T1 sono state associate con il bere al tempo T2, indipendentemente dal livello dei sintomi post-traumatici (Dardis *et al.*, 2021).

La review narrativa di Mehr e colleghi (2023) ha fornito una descrizione ampia dell'interazione diversificata e complessa dell'uso e dell'abuso di sostanze nelle donne che hanno subito violenza da parte del partner intimo (IPV) (cioè violenza fisica, sessuale e psicologica).

In queste donne è stato riportato un abuso di sostanze come mezzo per far fronte (coping) al dolore fisico ed emotivo.

L'automedicazione con uso di alcol e droghe analgesiche e con oppioidi (prescritti per il trattamento del dolore) è risultata accelerare la progressione dall'uso di sostanze al disturbo da uso di sostanze (SUD), che determina un'alterazione significativa della salute psico-fisica e del funzionamento quotidiano, che a sua volta favoriscono un rischio maggiore di rivittimizzazione.

Sono stati segnalati anche comportamenti rischiosi collegati all'uso di sostanze, come episodi frequenti di binge drinking (BD) e di guida in stato di ebbrezza, uso improprio di farmaci prescritti, condivisione di aghi per uso endovena di sostanze o comportamento sessuale a rischio per trasmissione di malattie (epatite da virus C o infezione da HIV e altre infezioni), che determinano un peggioramento della salute generale.

È stata peraltro riportata una maggiore gravità del disturbo da uso di sostanze e del disturbo da uso di alcol (AUD), che possono avere conseguenze durature sulla salute mentale e fisica.

Riguardo ai modelli di consumo di sostanze, è stato messo in risalto che l'alcol risulta essere la sostanza psicoattiva più comunemente usata tra queste donne ed avendo l'alcol proprietà analgesiche acute ciò ne fa una sostanza di uso improprio tra quelle che soffrono di dolore fisico. Esisterebbe anche una relazione dose-risposta tra l'aumento delle concentrazioni di alcol nel sangue (Blood Alcohol Concentration - BAC) e la diminuzione dell'intensità del dolore, per la quale risulterebbe necessaria una BAC superiore a 0,08%; ciò suggerisce che il consumo di alcol come analgesico richiede dosi elevate ripetute e questo modello di utilizzo (più probabile in donne poco propense o meno in grado di cercare cure mediche per le lesioni subite) aumenta la probabilità di sviluppare un disturbo da uso di alcol e di episodi di binge drinking.

Nel caso di donne che cercano assistenza medica, gli oppiacei spesso sono prescritti in modo esagerato per gestire il dolore fisico conseguente ad abusi fisici; tuttavia, il loro uso cronico diminuisce la tolleranza al dolore e aumenta il rischio di dipendenza fisica; l'eccessiva prescrizione degli oppiacei (associati anche alle benzodiazepine) inoltre può determinare una transizione dalla prescrizione al consumo illecito.

Anche il disturbo da uso di cannabis è risultato essere molto diffuso tra queste donne e tale uso (indipendentemente dalla pubblicizzazione di asserita efficacia sul dolore) è attribuibile di più al far fronte ai traumi psicologici piuttosto che fisici; questo uso per far fronte al di-stress può aumentare il rischio di sviluppare un disturbo da uso di sostanze e può essere accompagnato da

una cronicizzazione di disturbi depressivi e ansiosi (tra cui il disturbo post-traumatico da stress) e da ideazione suicidaria.

Il consumo di cannabis peraltro è stato osservato nel contesto di modelli di consumo di poli-sostanze (cioè combinazione di sostanze psicoattive illecite e di prescrizione) che possono peggiorare la salute fisica e mentale, esacerbare comportamenti a rischio ed aumentare il rischio di rivittimizzazione.

È stato trovato inoltre che queste donne presentano un rischio aumentato di sviluppo di disturbi mentali, con tassi di incidenza più alti e maggiore gravità per depressione, ansia, disturbo post-traumatico da stress e disturbi dell'umore, che frequentemente sono in comorbilità con il disturbo da uso di sostanze e il disturbo da uso di alcol (specie per la depressione).

In particolare, il disturbo post-traumatico da stress (presente nel 60-90% di queste donne ricoverate in rifugi anti violenza o della comunità) si caratterizza per sintomi post-traumatici più gravi e comorbilità con disturbo da uso di sostanze e/o alcol, che a sua volta esacerbano i sintomi post-traumatici e perpetuano il coping disadattivo con uso di sostanze e alcol (fattore di rischio di rivittimizzazione).

Rivittimizzazione sessuale

La letteratura ha messo in evidenza che nelle donne vittime di violenza sessuale in età adulta (ASA) sono frequentemente presenti sintomi del disturbo post-traumatico da stress (PTSD), che possono predisporre a una successiva violenza sessuale direttamente e indirettamente, attraverso comportamenti a rischio, come consumo problematico di alcol e disturbo da uso di alcol (AUD), uso di sostanze e disturbo da uso di sostanze (SUD), e attività sessuale (Ullman *et al.*, 2013; Ullman, 2016; Walsh *et al.*, 2012, 2014).

La letteratura peraltro ha evidenziato l'associazione tra l'abuso sessuale infantile (CSA) e l'abuso sessuale adolescenziale e la rivittimizzazione sessuale in età adulta (Arata, 2000; Kilpatrick *et al.*, 2000; Lau e Kristensen, 2010; Walker *et al.*, 2019) e tra l'abuso sessuale infantile e il disturbo post-traumatico da stress (Rodriguez *et al.*, 1997; Arata, 2000), ma anche l'associazione tra il disturbo post-traumatico da stress e la violenza sessuale in età adulta (Arata, 2000; Messman-Moore *et al.*, 2005).

È stato riportato che il tasso di prevalenza medio di rivittimizzazione sessuale nei sopravvissuti ad abusi sessuali infantili è risultato del 47.9% nella meta-analisi di Walker e colleghi (2019) di 80 articoli (comprendente 12.252 sopravvissuti), con ciò suggerendo che quasi la metà dei sopravvissuti da abuso sessuale infantile diventerà una futura vittima di violenza sessuale.

La prevalenza della rivittimizzazione sessuale (definita come 2 o più stupri) e del disturbo post-traumatico da stress è stata stimata in uno studio inclusivo di 3 differenti campioni femminili a livello nazionale degli Stati Uniti, costituiti da 1.763 ragazze adolescenti (età media 14.5 anni, 69% bianche), 2.000 studentesse universitarie

(età media 20.1 anni, 75% bianche) e 3.001 donne adulte casalinghe (età media 46.6 anni, 78.2% bianche), che erano state vittime di violenza sessuale con l'uso della forza, con la minaccia della forza o mediante l'incapacità causata dall'uso di droghe o alcol, e che erano state sottoposte a interviste telefoniche strutturate.

I risultati hanno indicato che tra le partecipanti vittimizzate il 52.7% delle adolescenti, il 50.0% delle studentesse universitarie e il 58.8% delle casalinghe ha riferito una rivittimizzazione sessuale. Il disturbo post-traumatico da stress in atto è stato segnalato tra le rivittimizzate dal 20.0% delle adolescenti, dal 40.0% delle studentesse universitarie e dal 27.2% delle casalinghe.

Rispetto alle non vittime, le probabilità di avere un disturbo post-traumatico da stress negli ultimi 6 mesi erano da 4.3 a 8.2 volte superiori per le intervistate rivittimizzate e da 2.4 a 3.5 volte superiori per le vittime di violenza singola (Walsh *et al.*, 2012).

Gli stessi 3 campioni femminili sono stati utilizzati in uno studio che ha esaminato le associazioni tra la rivittimizzazione sessuale, il disturbo post-traumatico da stress e l'uso di alcol, marijuana e altre sostanze illecite (eroina, cocaina, fenciclidina, inalanti, metanfetamine, ketamina, allucinogeni, GHB e Roipnol) nell'ultimo anno.

Rispetto alle vittime di violenza sessuale singola e alle non vittime, le ragazze adolescenti e le casalinghe rivittimizzate hanno riportato un maggior consumo di altre sostanze illecite e di farmaci non prescritti da medici; le studentesse universitarie rivittimizzate hanno riferito un maggior consumo di sostanze illecite (quelle con vittimizzazione singola hanno riferito maggiore binge drinking e maggiore uso di marijuana).

Il disturbo post-traumatico da stress negli ultimi 6 mesi è stato associato con maggiore probabilità di consumo di tutti i tipi di droghe per le adolescenti, di farmaci non prescritti da medici per le studentesse universitarie e di uso di tutte le sostanze per le casalinghe.

Quindi, la rivittimizzazione sessuale e il disturbo post-traumatico da stress sono stati associati a modelli di consumo di sostanze più devianti nei 3 campioni, come comportamento di automedicazione (Walsh *et al.*, 2014).

In donne sopravvissute a violenze sessuali in età adulta la rivittimizzazione sessuale può mediare il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e il consumo problematico di alcol (conseguenze solitamente contemporanee).

In uno studio longitudinale di 3 anni, attuato mediante interviste in 3 momenti temporali successivi, sono stati esaminati i dati di un campione ampio e diversificato etnicamente (principalmente 39.7% bianche, 43.8 nere/afroamericane, con età media di 36.24 anni) di 1.012 donne (54% del totale che ha completato le tre interviste al tempo T1, T2 e T3) dell'area metropolitana di Chicago (studentesse di istituti superiori e università, professioniste in ambito commerciale, utenti di agenzie di salute mentale e di servizi di violenza sessuale) sopravvissute a violenze sessuali ed è stato esaminato se la vittimizzazione sessuale ripetuta fosse correlata a un maggiore disturbo post-traumatico da stress e al consumo di alcol.

I risultati hanno indicato che l'abuso sessuale in età minore (CSA) era associato a maggiori sintomi post-traumatici e al consumo problematico di alcol e che la vittimizzazione sessuale intervenuta successivamente era associata a maggiori sintomi post-traumatici e a problemi di consumo di alcol sia a distanza di 1 che di 2 anni di follow-up.

La rivittimizzazione sessuale durante lo studio ha predetto i sintomi post-traumatici e i problemi di consumo di alcol delle vittime sopravvissute (Ullman, 2016).

La review di Walker e Wamser-Nanney (2022), che ha incluso 228 studi relativi al maltrattamento infantile ed alla rivittimizzazione in età adulta, ha messo in risalto che l'abuso infantile sessuale e fisico è correlato alla violenza sessuale (SV) e alla violenza da parte del partner intimo (IPV) sia nelle donne che negli uomini, suggerendo così che gli individui maltrattati da minorenni sono ad alto rischio di rivittimizzazione sessuale.

È stato messo in evidenza all'interno di un quadro ecologico che la rivittimizzazione sessuale è correlata con molteplici fattori che possono aumentarne il rischio, tra cui:

1. il disturbo post-traumatico da stress, che sembra essere particolarmente importante in questa relazione di rivittimizzazione; infatti i sopravvissuti di violenza sessuale da adulti, come quelli da abuso sessuale infantile, sono ad alto rischio di sviluppare il disturbo post-traumatico da stress con percentuali dal 30 al 50%;
2. la disregolazione delle emozioni che è frequentemente associata al disturbo post-traumatico da stress e alla rivittimizzazione;
3. la rabbia (compresa con l'aggressività nel cluster dei sintomi post-traumatici di alterazione dell'arousal e della reattività) che aumenta il rischio di rivittimizzazione sia per le donne che per gli uomini;
4. l'incapacità di riconoscere il rischio in situazioni pericolose di rivittimizzazione, come conseguenza di deficit cognitivi collegati al maltrattamento infantile, a cui possono contribuire anche i sintomi dissociativi e di ottundimento emotivo (reattività emotiva attenuata) del disturbo post-traumatico da stress nel diminuire complessivamente la consapevolezza;
5. l'abuso di sostanze e/o alcol come meccanismo chiave di menomazione dei comportamenti di auto-protezione (con visibilità di vulnerabilità nell'intossicazione) e di aumentata probabilità di mettersi in situazioni potenzialmente pericolose di rivittimizzazione;
6. l'aumentata propensione a impegnarsi in comportamenti sessuali a rischio, che, analogamente all'abuso di sostanze, sono una modalità di far fronte disadattiva alle emozioni negative (es. sentimenti di tristezza e di solitudine) e che aumentano il rischio di rivittimizzazione;
7. la mancanza di assertività sessuale (conseguente all'acquisizione fin da un'età precoce di un ruolo sociale di vittima) che in situazioni potenzialmente pericolose di rivittimizzazione è più probabile determini una mancanza di reazione e di opposizione assertiva;
8. la dissociazione, per cui è possibile che, quando un sopravvissuto da maltrattamento infantile riconosce una minaccia, possa distaccarsi emotivamente da se stesso, invece di rispondere con rabbia o assertività;

la dissociazione (analogamente al rinforzo negativo dell'abuso di sostanze) può ostacolare la capacità di elaborare le informazioni e di rispondere in modo assertivo e protettivo durante situazioni potenzialmente minacciose di rivittimizzazione.

Nel complesso i risultati, ottenuti da una vasta letteratura sulla rivittimizzazione sessuale e da molti altri studi che incorporano altre forme di rivittimizzazione, mettono in luce che il disturbo post-traumatico da stress è da considerare una componente cruciale e permette inoltre di spiegare i ruoli degli altri fattori (sopra esposti) che mettono a rischio di rivittimizzazione sessuale in età adulta i sopravvissuti di maltrattamento infantile.

Riferimenti bibliografici

- Abbey A. (2008). *Alcohol and sexual violence perpetration*. Harrisburg, PA: VAWnet, National Online Resource Center on Violence Against Women, december.
- Abbey A. (2011). Alcohol's role in sexual violence perpetration: Theoretical explanations, existing evidence, and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 30: 481-489.
- Arata C.M. (2000). From child victim to adult victim: A model for predicting sexual revictimization. *Child Maltreatment*, 5, 28-29.
- Basile K.C., Smith S.G., Chen J., Zwald M. (2021). Chronic diseases, health conditions, and other impacts associated with rape victimization of U.S. Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 36: 10861-10883.
- Bryan A.E.B., Norris J., Abdallah D.A., Stappenbeck C.A., Morrison D.M., Davis K.C., George W.H., Danube C.L., Zawacki T. (2016). Longitudinal change in women's sexual victimization experiences as a function of alcohol consumption and sexual victimization history: A latent transition analysis. *Psychology of Violence*, 6: 271-279.
- Danielson C.K., Hahn A., Bountress K.E., Adams Z.W., Calhoun C., Amstadter A.B., Thomas S. (2021). Associations of subjective and objective stress responses with interpersonal trauma, PTSD, stress-induced drinking, and drinking to cope young adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35: 29-41.
- Dardis C.M., Ullman S.E., Rodriguez L.M., Waterman E.A., Dworkin E.R., Edwards K.M. (2021). Bidirectional associations between alcohol use and intimate partner violence and sexual assault victimization among college women. *Addictive Behaviors*, 116: 1-20. DOI: 10.1016/j.addbeh.2021.106833
- Di Giacomo E., Alamia A., Cicolari F., Cimolai F., Clerici M. (2014). Abuso sessuale in età adulta: quando la sofferenza di psiche e soma si fonde. *Rivista di Psichiatria*, 49: 172-179.
- Dworkin E.R., Ojaetho H., Bedard-Gilligan M.A., Cadigan J.M., Kaysen D. (2018). Social support predict reductions in PTSD symptoms when substances are not used to cope: A longitudinal study of sexual assault survivors. *Journal of Affective Disorders*, 229: 135-140.
- Dworkin E.R., Jaffe A.E., Bedard-Gilligan M.A., Fitzpatrick S. (2023). PTSD in the year following sexual assault: A meta-analysis of prospective studies. *Trauma, Violence, and Abuse*, 24: 329-339.
- George W.H., Stoner S.A. (2000). Understanding acute alcohol effects on sexual behavior. *Annual Review of Sex Research*, 11: 92-124.

- Hawn S.E., Cusack S.E., Amstadter A.B. (2020). A systematic review of the self-medication hypothesis in the context of posttraumatic stress disorder and comorbid problematic alcohol use. *Journal of Traumatic Stress*, 33: 699-708.
- Kilpatrick D.G., Acierno R., Saunders B., Resnick H.S., Best C.L., Schnurr P.P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 19-30.
- Lau M., Kristensen E. (2010). Sexual revictimization in a clinical sample of women reporting childhood sexual abuse. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64: 4-10.
- McCauley J.L., Calhoun K.S., Gidycz C.A. (2010). Binge drinking and rape: a prospective examination of college women with a history of previous sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 25: 1655-1668.
- Mehr J.B., Bennet E.R., Price J.L., de Souza N.L., Buckman J.F., Wilde E.A., Tate D.F., Marshall A.D., Dams-O'Connor K., Esopenko C. (2023). Intimate partner violence, substance use, and health comorbidities among women: A narrative review. *Frontiers in Psychology*, 13: 1-14.
- Messman-Moore T.L., Brown A.L., Koelsch L.E. (2005). Posttraumatic symptoms and self-dysfunction as consequences and predictors of sexual revictimization. *Journal of Traumatic Stress*, 18: 253-261.
- Miles L.W., Valentine J.L., Mabey L., Downing N.R. (2022). Mental illness as a vulnerability for sexual assault: a retrospective study of 7,455 sexual assault forensic medical examinations. *Journal of Forensic Nursing*, 18: 131-138.
- Molstad T.D., Weinhardt J.M., Jones R. (2023). Sexual assault as a contributor to academic outcomes in university: A systematic review. *Trauma, Violence, and Abuse*, 24: 218-230.
- Müller M., Ajdacic-Gross V., Rodgers S., Kleim B., Seifritz E., Vetter S., Egger S.T., Rössler W., Castelao E., Preisig M., Vendeleur C. (2018). Predictors of remission from PTSD symptoms after sexual assault and non-sexual trauma in the community: A mediated survival-analytic approach. *Psychiatry Research*, 260: 262-271.
- Norris J. (2008). *The relationship between alcohol consumption and sexual violence*. Harrisburg, PA: VAWnet, National Online Resource Center on Violence Against Women, december.
- Ouimette P.C. (1997). Psychopathology and sexual aggression in nonincarcerated men. *Violence and Victims*, 12: 389-395.
- Parks K.A., Romosz A.M., Bradizza C.M., Hsieh Y. (2008). A dangerous transition: Women's drinking and related victimization from high school to the first year at college. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69: 65-74.
- Pemberton J.V., Loeb T.B. (2020). Impact of sexual and interpersonal violence and trauma on women: Trauma-informed practice and feminist theory. *Journal of Feminist Family Therapy*, 32: 115-131.
- Reed E., Amaro H., Matsumoto A., Kaysen D. (2009). The relation between interpersonal violence and substance use among a sample of university students: Examination of the role of victim and perpetrator substance use. *Addictive Behaviors*, 34: 316-318.
- Rodriguez N., Ryan S.W., Vande Kemp H., Foy D.W. (1997). Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65: 53-59.
- Senn C.Y., Eliasziw M., Barata P.C., Thurston W.E., Newby-Clark I.R., Radtke H.L., Hobden K.L.; SARE Study Team (2014). Sexual violence in the lives of first-year university women in Canada: no improvements in the 21st century. *BMC Womens Health*, 14, doi.org/10.1186/s12905-014-0135-4.
- Sheerin C., Berenz E.C., Knudsen G.P., Reichborn-Kjennerud T., Kendler K.S., Aggen S.H., Amstadter A.B. (2016). A population-based study of help seeking and self-medication among trauma-exposed individuals. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30: 771-777.
- Siconolfi D., Davis J.P., Pedersen E.R., Tucker J.S., Dunbar M.S., Rodriguez A., D'Amico E.J. (2023). Trajectories of emerging adults' binge drinking and depressive symptoms and associations with sexual violence victimization: Examining differences by sexual and gender minority status. *Journal of Interpersonal Violence*, 38: 6085-6112.
- Simpson T.L., Stappenbeck C.A., Luterek J.A., Lehavot K., Kaysen D.L. (2014). Drinking motives moderate daily relationships between PTSD symptoms and alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 123: 237-247.
- Tyler K.A., Schmitz R.M., Adams S.A. (2017). Alcohol expectancy, drinking behavior, and sexual victimization among female and male college students. *Journal of Interpersonal Violence*, 32: 2298-2322.
- Ullman S.E., Relyea M., Peter-Hagene L., Vasquez A.L. (2013). Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual victims. *Addictive Behaviors*, 38: 2219-2223.
- Ullman S.E. (2016). Sexual revictimization, PTSD, and problem drinking in sexual assault survivors. *Addictive Behaviors*, 53: 7-10.
- Walker H.E., Wasmer-Nanney R. (2022). Revictimization risk factor following childhood maltreatment: A literature review. *Trauma, Violence, and Abuse*. DOI: 10.1177/15248380221093692
- Walker H.E., Freud J.S., Ellis R.A., Fraine S.M., Wilson L.C. (2019). The prevalence of sexual revictimization: A meta-analytic review. *Trauma, Violence, and Abuse*, 20: 67-80.
- Walsh K., Danielson C.K., McCauley J.L., Saunders B.E., Kilpatrick D.G., Resnick H.S. (2012). National prevalence of posttraumatic stress disorder among sexually revictimized adolescent, college, and adult household-residing women. *Archives of General Psychiatry*, 69: 935-942.
- Walsh K., Resnick H.S., Danielson C.K., McCauley J.L., Saunders B.E., Kilpatrick D.G. (2014). Patterns of drug and alcohol use associated with lifetime sexual revictimization and current posttraumatic stress disorder among three national samples of adolescent, college, and household-residing women. *Addictive Behaviors*, 39: 684-689.
- Wegner R., Abbey A. (2016). Individual differences in men's misperception of women's sexual intent: Application and extension of the confluence model. *Personality and Individual Differences*, 94: 16-20.
- Zinzow H.M., Thompson M. (2015). Factors associated with use of verbally coercive, incapacitated, and forcible sexual assault tactics in a longitudinal study of college men. *Aggressive Behavior*, 41: 34-43.

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



Disturbo da gioco d'azzardo ed evoluzione affettiva: osservazioni da un caso clinico

Stefano Golasmici*, Annalisa Pistuddi**, Federico Durbano***

SUMMARY

■ *Through a clinical case, this work highlights some characteristics of personality of patients with a gambling disorder, such as relational closure, isolation and withdrawal into a segregated dimension of psychic experience.* ■

Keywords: *DGA, Clinical case, Characteristics of personality (relational closure, isolation).*

Parole chiave: *DGA, Caso clinico, Caratteristiche di personalità (chiusura relazionale, isolamento).*

Introduzione

La dipendenza patologica può essere descritta come una forma morbosa determinata dall'uso distorto di una sostanza, di un oggetto o di un comportamento.

Si tratta di una specifica esperienza caratterizzata da un sentimento di incoercibilità: un bisogno coatto di ripetere l'esperienza, spesso con modalità impulsive e compulsive.

Questa coercizione si presenta come una situazione invasiva in cui sono presenti i fenomeni del *craving*, dell'assuefazione e dell'astinenza in relazione a un'abitudine comportamentale incontrollabile che il soggetto non può allontanare da sé (Caretti, 2005).

In particolare, il *craving* rivela una forte attrazione verso l'esperienza, avvertita così appetibile da comportare una progressiva perdita del controllo sul comportamento e una serie di azioni tese alla soddisfazione del desiderio nonostante la presenza di ostacoli, pericoli o gravi rischi per sé e per gli altri.

La fruizione di questa esperienza non sembra però veicolata da una semplice ricerca del piacere: la spasmodica ricerca di appagamento sembra anzi funzionalmente vincolata alla sperimentazione di una condizione che appare in grado di eludere momentaneamente lo spettro di uno stato di mancanza, realizzando un senso di transitorio benessere.

La reiterazione di comportamenti sessuali (*sexual addiction*), le relazioni patologiche, il rapporto col cibo (*food addiction*), le droghe o il gioco d'azzardo patologico diventano comportamenti finalizzati ad allontanare o alleviare un'esperienza altrimenti avvertita come insostenibile e inquietante.

Si tratta, tuttavia, di comportamenti destinati a fallire nel loro scopo: il sollievo si rivela fugace, svanisce rapidamente, lascian-

do nel soggetto il segno che conferma e approfondisce il solco della mancanza, alimentando per questa via il ricorso a nuove esperienze contrassegnate da impulsività e compulsività.

Una modellistica recente sottolinea ulteriormente questi aspetti, integrando il modello biologico con il modello psicologico e sociale in cui viene sottolineata una vulnerabilità ma anche l'importanza dell'esposizione allo stimolo gratificante e della perdita di controllo alla base del comportamento della dipendenza (Piazza e Deroche-Gamonet, 2013).

Caso clinico

Paziente di 55 anni (che qui chiameremo Giovanni) inviato dai colleghi della psichiatria all'équipe dedicata al gioco d'azzardo in seguito a un ricovero per tentato suicidio e a una presa in carico ambulatoriale farmacologica con ansiolitici e stabilizzatore dell'umore.

Giovanni riconosce di avere da circa 15 anni un problema di dipendenza dalle *slot machines*, prevalentemente *online*, iniziato per "noia e solitudine". Proveniente da una famiglia allargata e numerosa, Giovanni è il figlio maggiore su cui la madre aveva riposto importanti aspettative dopo la morte del padre, avvenuta poco che il paziente aveva terminato la scuola secondaria superiore.

Degno di nota è anche un incidente raccontato solo sommariamente, avvenuto in adolescenza, durante il quale il paziente e il fratello minore riportarono alcuni danni fisici irreversibili per cui era stata riconosciuta loro una percentuale di invalidità.

La sorella e il fratello minori si erano da anni trasferiti a Milano dove vivevano con la propria famiglia ed erano integrati nel territorio, mentre il paziente era rimasto con la madre in un paese del centro Italia e aveva proseguito il lavoro presso la banca da cui era stato assunto come impiegato dopo il diploma.

Negli anni aveva progredito nella carriera diventando consulente finanziario per i clienti che avevano capitali piuttosto importanti i quali avevano riposto fiducia in lui delegando i propri investimenti, ignari del disastro patrimoniale a cui stavano andando incontro.

* Psicologo Psicoterapeuta Psicoanalista, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Melegnano Martesana (MI).

** Psicologa Psicoterapeuta Psicoanalista, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Melegnano Martesana (MI), Giudice Onorario Emerito Tribunale per i Minorenni di Milano.

*** Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Melegnano Martesana (MI).

Giovanni aveva sottratto man mano parecchio denaro dai patrimoni dei clienti, falsificando anche i resoconti periodici che presentava loro, riuscendo a nascondere le malefatte a molti investitori ma non a uno di essi che, a seguito di problemi economici familiari, si vide costretto ad attingere a un capitale che scopri esistere solo in parte.

Il cliente in questione dovette rivolgersi direttamente alla banca per comprendere la situazione e così scoprire gli ammanchi non dovuti a operazioni da lui stesso autorizzate.

La banca fu così costretta a sospendere Giovanni dall'attività lavorativa, il quale fuggì dalla città di residenza per non affrontare direttamente i familiari e i conoscenti, non dando notizie di sé per alcuni giorni, momento in cui aveva tentato di suicidarsi ingerendo un mix di sostanze, quindi rinvenuto in stato di incoscienza e ricoverato in un ospedale.

Durante la presa in carico al servizio gli operatori hanno tenuto contatti anche con i familiari, la sorella era stata presente a un colloquio all'inizio della terapia e uno dopo alcuni mesi, aveva mantenuto un contatto telefonico sporadico.

La signora, titolare di un'attività a conduzione familiare, cercava di occupare il tempo del fratello coinvolgendolo in lavoretti part time semplici non retribuiti al fine di non fargli pesare la permanenza in casa e per separarlo dal proprio figlio.

Anche la madre veniva ascoltata periodicamente in quanto percepita come molto sofferente e bisognosa di rassicurazione sull'astensione del figlio dal gioco oltre che considerata figura significativa per comprendere le dinamiche relazionali familiari.

La relazione madre-figlio, come apparsa alla nostra osservazione, era prevalentemente centrata sulla modalità protettiva della donna che cercava di parlare al posto suo, quando si recava ai colloqui con il figlio, come se fosse necessario sostituirsi a lui anche nel contesto del colloquio clinico.

La donna non disse mai che erano stati spesi al gioco anche i risparmi del marito defunto, informazione che era emersa dai racconti della sorella e confermata poi dal paziente stesso.

Giovanni rimane in carico più di un anno, sia presso il nostro servizio che presso la psichiatria, chiedendo apertamente che gli operatori tenessero i contatti con il suo avvocato e fornissero una certificazione di disturbo da gioco d'azzardo e relazioni di aggiornamento sull'andamento del percorso al fine di poter dimostrare, sia durante il procedimento penale che davanti al tribunale del lavoro, sia il disturbo da gioco d'azzardo che una sua evoluzione dello stato personale al fine di ridurre le conseguenze giuridiche.

Durante il percorso sono emerse le difficoltà di Giovanni a raccontare di sé, contrassegnate in particolar modo da una ridotta espressione emotiva.

La comunicazione era circoscritta ad ammettere che il gioco aveva colmato i momenti di solitudine serale, la mancanza di una rete di amici e di un affetto stabile: momenti in cui, dopo cena, Giovanni salutava la madre con cui viveva da sempre e si ritirava al piano di sopra dove dialogava solo con il PC e metteva in atto le sottrazioni di denaro dai clienti.

Qualità delle rappresentazioni oggettuali

Nel corso del lavoro psicoterapeutico si potevano rilevare alcune caratteristiche individuate anche dalla più ampia letteratura psicoanalitica sul tema.

Riguardo alle relazioni d'oggetto e il possibile sviluppo di una dipendenza, si può frequentemente notare una riedizione di ciò che è stato sperimentato con la figura materna.

Normalmente, una madre è capace di trasmettere al bambino sia il vissuto della propria presenza sia quello di una non completa totalità della sua presenza (Maffei, 2002).

L'infante può gradualmente conquistare come scoperta personale la propria progressiva autonomia: l'accettazione della perdita dell'esperienza della totalità permette l'instaurarsi della differenza tra sé e l'altro, consentendo il superamento dell'illusione di un paradiso simbiotico.

Questa dinamica favorisce l'interiorizzazione dell'esperienza e la formazione di una rappresentazione materna capace di cura che l'infante progressivamente fa propria.

A causa, invece, di un proprio bisogno di dipendere dal figlio in una relazione inglobante, una madre può instillare nel figlio una reazione di dipendenza: il bambino non riesce così a stabilire una rappresentazione interna della figura materna accidentata che normalmente creerebbe la capacità di contenere e confortare le pene emotive egli stati di ipereccitamento (McDougall, 1995).

Una rappresentazione oggettuale così costituita rende tendenzialmente incapace il soggetto a prendersi cura di sé in momenti di tensione interna o esterna, cosicché una tentata soluzione viene cercata nel mondo esterno (McDougall, 2002).

Le droghe o il gioco d'azzardo, il cibo, il sesso e le relazioni patologiche diventano oggetti o comportamenti che possono, almeno temporaneamente, alleviare lo stress psichico e dunque svolgere una funzione materna che l'individuo non è in grado di fornire a se stesso. Il soggetto sembra spasmodicamente alla ricerca di un agente esterno che funga da oggetto simbolico mancante (Bollas, 1987).

Anche secondo la modellistica più orientata in senso biologico (Piazza e Deroche-Gamonet, 2013) viene riconosciuto un ruolo centrale, nella carriera della dipendenza, allo stress e alle risorse interne in grado di fronteggiarlo.

Sembra che sia proprio la incapacità a fornire una risposta allo stress sufficientemente adeguata ad esporre i soggetti vulnerabili a divenire "dipendenti", in risposta a una alterata attivazione dei circuiti neurali della gratificazione.

Il ricorso continuo ad oggetti esterni è tuttavia destinato a fallire nel suo scopo: il sollievo è momentaneo e deve essere reiterato in modo compulsivo.

Durante il lavoro psicoterapeutico con Giovanni sembrava di poter individuare questa modalità d'esperienza, contrassegnata da una rappresentazione oggettuale materna predominante e invasiva accanto ad una rappresentazione paterna prevalentemente contrassegnata dal dolore per il lutto e dall'assenza.

La condizione di dipendenza eccitata dal gioco d'azzardo sembrava finalizzata a ripristinare un'esperienza simbiotica: uno stato emotivo privo degli elementi di frustrazione, abbandono, terrore, impotenza, contemporaneamente capace di far sperimentare una transitoria illusione di potenza dove anche la componente giudiziaria appariva come sfida personale, tentativo parossistico di pervenire ad un limite simbolico a cui il paziente non poteva accedere nella sua esperienza privata.

Dopo più di un anno, la presa in carico terminava per volere del paziente.

Nel frattempo, aveva concluso l'iter giudiziario davanti al tribunale del lavoro con licenziamento, benché fosse ancora pendente il processo penale per cui il legale sosteneva che il cliente avrebbe potuto avere una condanna circoscritta con il beneficio della misura alternativa alla detenzione.

Per parte loro, gli specialisti rilevavano l'affievolimento della sintomatologia, determinata sia dalla completa astensione dal gioco (testimoniata anche dai familiari), che dalla remissione del quadro ansioso-depressivo e del disturbo di disadattamento. Si osservava tuttavia la permanenza di alcuni aspetti di personalità problematici, connotati da tendenza al ritiro, passività, scarsa progettualità, empatia ridotta e schemi di comprensione improntati alla semplicità: aspetti del funzionamento psichico globale che non consentivano al paziente di pervenire ad una più ampia consapevolezza di sé e della sua situazione.

Alcune considerazioni teorico-cliniche sul gioco d'azzardo patologico

Un rifugio della mente

Dal punto di vista intrapsichico, l'esperienza del giocare d'azzardo sembra caratterizzarsi come una forma di ritiro, un luogo dell'esperienza in cui il soggetto vive, ma di cui non ha padronanza.

Il giocare diventa un luogo della mente, una specie di riparo onnipotente e apparentemente gratificante che dà l'impressione di una soddisfazione plenipotenziaria.

Da questo punto di vista, l'immersione nell'attività del gioco sembra essere una specie di guscio psichico che richiama l'idea di rifugio della mente (Steiner, 1993): un luogo psichico in cui il soggetto trova riparo da una realtà personale sentita come insostenibile perché angosciata.

Fornisce cioè un riparo da una condizione di sofferenza che al soggetto appare indistinta e indefinibile: un territorio psichico brumoso, in cui il soggetto tende a impaludarsi e che teme, richiamando per qualche aspetto l'angoscia bianca descritta da A. Green, caratterizzata da un progressivo sfilacciamento del senso di sé, da sentimenti di indeterminatezza, di noia, appiattimento, vuoto, inerzia, passività (Green, 1983).

Il comportamento di gioco appare quindi come una zona in cui il soggetto può silenziosamente sostare, attratto da una dimensione di fantasioso appagamento in cui l'esperienza dell'eccitazione consente la negazione di quote emotive altrimenti intollerabili: un luogo che calamita il soggetto conducendolo in una condizione che progressivamente diviene dissociata, ma in grado di procurare una forma di piacere solitario.

Questo nascondiglio psichico offre protezione e genera un graduale distacco dalla realtà e un allentamento del legame oggettuale, permettendo la fruizione di una esaltazione trionfale in cui ogni cosa appare possibile.

Bisogna ricordare che la ricerca della gratificazione rappresenta una "normalità" dell'essere umano, e che come tale non caratterizza alcuna patologia di per sé; così come l'intensificarsi di comportamenti autogratificatori in situazioni di stress potrebbe rappresentare in ogni caso una forma efficace di automedicazione (Piazza e Deroche-Gamonet, 2013), in genere autolimitantesi.

Solo in particolari situazioni questo comportamento assume un percorso autonomo e autoalimentantesi.

Dal gioco al giogo

Il comportamento di gioco sembra inserirsi in un contesto di esperienza personale caratterizzato da alcune qualità.

Comune a molte situazioni è una intensa e persistente attivazione emotivo-sensoriale, che conduce progressivamente il soggetto verso quella che potrebbe essere vista come una immersione esperienziale contrassegnata da eccitazione, tensione, ricerca del piacere.

Questa condizione psichica viene attivata da un imponente coinvolgimento sensoriale e percettivo.

L'ingresso nella sala delle slot machine, ad esempio, può contribuire a generare la graduale sensazione di un transitorio offuscamento dell'esame di realtà: il buio e la penombra, le luci soffuse, colori e forme di simboli e figure, provocano una condizione che si potrebbe descrivere come "simil-onirica".

L'esposizione a questi stimoli sembra legarsi ad una condizione fantasmagorica prossima ad un lavoro onirico che sconfinava nella veglia, conducendo il soggetto in una dimensione trasognata, distaccata e segregata in cui trova espressione l'onnipotenza del pensiero con le sue tipiche caratteristiche di magia, illimitatezza e controllo.

Allo stesso modo, si può osservare come anche la trepidante attesa del numero vincente o la reiterata sequenza rituale dell'estrazione producano una forma di stordimento: il giocatore tende ad estraniarsi da ciò che gli accade attorno ed è progressivamente assorbito da una condizione che mescola eccitazione, apprensione, inquietudine, speranza.

La continua esposizione a stimoli sensoriali sembra generare un effetto simil-ipnotico, che lentamente fa scivolare il soggetto in una parziale o totale abolizione dello stato di vigilanza e dell'esercizio critico del pensiero, trascinandolo nell'illusione di sperimentare una forma di massimo appagamento.

L'incalzare dell'esperienza sensoriale e della ricerca del piacere provoca una concomitante erosione dei riferimenti spaziotemporali, determinando un crescente isolamento sul piano sia interpersonale che intrapsichico.

Quando si verifica questo stato il giocatore difficilmente riesce a staccarsi dall'attività del gioco perché ne è totalmente assorbito: qualunque stimolo esterno al gioco, specie se finalizzato a distrarre il giocatore dalla sua attività, è principalmente avvertito con fastidio, poiché si pone come elemento frustrante, generando talora manifestazioni di irritazione o rabbia.

Il comportamento di gioco sembra quindi assumere una forma di automatismo magnetico, tendenzialmente slegato da altre dimensioni dell'esperienza e non più coordinato con altri aspetti della personalità. L'ancoraggio a queste intense sensazioni ed emozioni rende difficile uscire da questa esperienza fortemente attrattiva, che può essere descritta come l'effetto di un *loop*: un circuito chiuso e reiterato che si autoalimenta e che influenza l'esperienza globale del soggetto, senza che egli possa esserne consapevole. Si tratta di una condizione che tende a colonizzare l'esperienza psichica, dal momento che le altre funzioni subiscono una parziale e transitoria obliterazione.

Solitamente, si osserva il declino di questa dimensione attrattiva quando il giocatore non ha più denaro per alimentare questa esperienza oppure quando sia stato raggiunto un soggettivo adeguato senso di gratificazione.

Questa osservazione può apparire superficiale o persino ovvia, ma ad una più attenta osservazione indica come non sia semplicemente il valore del denaro l'innescò del comportamento di gioco, sebbene sia lo stimolo chiave per innescarlo.

Infatti, il denaro tende progressivamente a perdere il suo valore come elemento economico e ad assumere una ulteriore rilevanza più simbolica afferente al piano della gratificazione.

Se sul versante maggiormente conscio può essere impiegato per cercare di rincorrere una vincita o per sanare debiti venutisi a creare nel tempo, sul piano più inconsapevole il suo valore viene esautorato o distorto divenendo funzionale alla necessità di conseguire uno stato di eccitazione: la vincita e la perdita diventano cioè mezzi coi quali giungere a provare quell'esperienza esaltante e accattivante che caratterizza l'esperienza del giocare.

In qualche circostanza, l'interruzione del gioco e l'uscita da questa dimensione eccitata e segregata può essere anticipata da sensazioni di nausea, affaticamento e spossatezza che riportano il giocatore a riprendere il contatto col proprio corpo e con la realtà circostante, avvertendo sensazioni di ripulsa e pensieri di autocritica.

L'uscita da questa dimensione, frequentemente, è poi accompagnata dal corteo emozionale di vergogna, colpa o disperazione, la cui intensità può portare anche a fantasie, progetti e gesti autolesivi o non conservativi.

Ricerca di totalità

Il ritiro in questa dimensione riservata genera un'attività estremamente intima, solitaria, profondamente personale e difficilmente afferrabile: una specie di mondo privato in cui il soggetto si incunea e si eclissa.

Si ha qui l'impressione che la dimensione del gioco, con le sue caratteristiche di compulsività e impulsività, si configuri come illusoria ricerca di una totalità: un profondo desiderio di fusione, di immersione senza confini, di unità e unione, per la psicoanalisi ipotizzabile forse solo agli inizi della vita e comunque mai sostanzialmente raggiungibile.

L'esperienza del ritiro dissociato in questo rifugio della mente comporta tuttavia rischi ragguardevoli per la salute psichica.

La costante ricerca reiterata di questa esperienza conduce a forme di isolamento, all'alterazione delle relazioni interpersonali, fino alla distorsione del senso di sé e alla parziale perdita del contatto con la realtà a favore di una spasmodica ricerca dell'eccitazione e di forme di esperienza autoerotica, assumendo anche tinte di perversità.

Onnipotenza e autodistruttività

La ricerca del tutto, dell'unisono e della completezza che sembra promettere l'esperienza compulsiva del gioco degrada velocemente e presto rivela anche il suo volto autodistruttivo.

Da questo punto di vista, l'ipotesi di Freud (1927) secondo cui il giocatore soffre di un senso di colpa inconscio può essere contestualizzata e arricchita: la reiterazione del comportamento di gioco e della perdita, secondo la sua interpretazione, sono espressione di una tendenza masochistica, quindi autopunitiva, per sperimentare l'appagamento di spinte libidico-aggressive che coinvolgono le rappresentazioni d'affetto legate al rapporto con le figure di madre e padre.

Questa ipotesi è particolarmente precisa nella misura in cui il giocatore vive una conflittualità edipica che dà vita ad un'organizzazione nevrotica di personalità, in cui il comportamento di gioco patologico si inserisce. In altre circostanze, invece, si osserva come il comportamento di gioco attivi piuttosto aspetti

pre-edipici, in cui prevalgono l'avidità, la passività, la dipendenza e l'onnipotenza.

La componente dell'oralità assume in questo caso una certa rilevanza: non si tratta qui della ricerca dell'appagamento di un desiderio con un oggetto che è posto sotto interdizione, ma della spinta più antica che porta il segno dell'illimitatezza, di una immersione senza confini.

Descrive cioè la tendenza ad un'unione indifferenziata in cui i confini delle rappresentazioni di sé e dell'oggetto si confondono e sfumano, introducendo la complessa questione degli stati limite e del narcisismo di morte (Green, 1990).

Sebbene punteggiati dal prevalere di conflittualità intrapsichiche diverse, entrambi gli scenari conducono tuttavia all'esperienza dell'autosabotaggio e dell'autodistruttività.

In un caso, l'individuo può rimanere soggiogato dall'esperienza conflittuale edipica che esita in una masochistica limitazione del funzionamento personale.

Mentre nel secondo, la conflittualità pre-edipica spinge alla fagocitazione di soggetto e oggetto, nel tentativo imperioso (ma improbabile) di ricercare il ritorno ad una quiete totale dove ogni tensione è abolita.

L'integrazione di una lettura centrata sul mondo psicologico con gli aspetti biologici sia patologici (vulnerabilità) ma anche in qualche modo normali (circuiti del reward) e con gli aspetti sociali (opportunità, disponibilità, mondo relazionale) potrebbe quindi essere un modello di intervento utile a gestire i disturbi "dipendenti" individuando specifici target che siano correlati alle influenze reciproche e potenti tra le tre dimensioni, psicologica-biologica-sociale, soprattutto in un'area in cui l'intervento solo biologico (farmacoterapia) non sembra particolarmente soddisfacente (Piazza e Deroche-Gamonet, 2013).

Riferimenti bibliografici

- Bollas C. (1987). *The shadow of the object: psychoanalysis of the unthought known*. Trad. it. *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Roma: Borla, 2014.
- Caretti V., La Barbera D. (2005). *Le dipendenze patologiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Freud S. (1927). Dostoevskij e il parricidio. In *Opere*, vol. 10 (pp. 521-538). Torino: Boringhieri, 1977.
- Green A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Les Editions de Minuit. Trad. it. *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Roma: Borla, 2005.
- Green A. (1990). *La folie privée*. Paris: Editions Gallimard. Trad. it. *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*. Milano: Raffaello Cortina, 1991.
- Horner A.J. (1991). *Relazioni oggettuali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Kernberg O.F. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Maffei G. (2002). *Le fini delle cure*. Torino: Bollati Boringhieri.
- McDougall J. (1995). *Eros. Le deviazioni del desiderio*. Milano: Raffaello Cortina.
- McDougall J. (2002). L'economia psichica della dipendenza: una soluzione psicosomatica al dolore psichico. In Rinaldi L. (a cura di), *Stati caotici della mente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Piazza P.V., Deroche-Gamonet V. (2013). A multistep general theory of transition to addiction. *Psychopharmacol.*, 229: 387-413.
- Steiner J. (1993). *Psychic retreats. Pathological organisations in psychotic, neurosis and borderline patients*. London: Routledge. Trad. it. *I rifugi della mente*. Torino: Bollati Boringhieri, 1996.

Il DGA: inquadramento e cura nel percorso residenziale

T. Fontanella*, D. Martinelli**, F. Valentini***

SUMMARY

■ *In community settings, the treatment of Gambling Disorder is based on a multidisciplinary approach, which takes into account the multidimensional aspects of addiction, which is treated from all points of view – medical, psychological, educational and social/family. The experience of the last 6 years of the Comunità Incontro Onlus has shown, both in individual and personalized treatment, and thanks to the therapeutic groups that out of 100 guests of the Structure, 32 gambling addicts were detected in the year 2022, of which 5 “pure” and 27 “non-pure”, i.e. multi-addicted to cocaine and alcohol, demonstrating how awareness of this problem is underestimated. From the study of the Comunità Incontro, it emerged that at the beginning of the path in the community, the difficulty in understanding the reported problem emerges, since the idea that “sooner or later you win” still exists. It is important to work on awareness, to understand each of the player’s perceptions and cognitive distortions. It is essential to work on personal acceptance of the pathology, on not fearing the judgment of the other, on the motivation for the treatment path. Group work proved to be important, as it starts from the experiences of the participants or from events that occurred in the previous days and tries to recognize the typical dynamics of gambling. The group experience has proved to be useful in allowing the participation of subjects with very low levels of awareness as well, since they are invited to compare themselves with the experiences of others without necessarily having to expose themselves personally. It has been shown that, thanks to community and individual and group therapeutic work, there is an increase in awareness, from admission to the following six months, but above all in the number of people who experience the ability to control impulse and reduce desire, as measured at admission, 6 months and 12 months after the start of the course, also with the aid of diagnostic tools. ■*

Keywords: DGA/GAP, Multidisciplinary approach, Therapeutic community context, Epidemiology, diagnosis and treatment.

Parole chiave: DGA/GAP, Approccio multidisciplinare, Contesto di comunità terapeutica, Epidemiologia, diagnosi e trattamento.

Premessa

Il Disturbo da Gioco d’Azzardo è una dipendenza patologica, riconosciuta come tale solo recentemente, nel DSM-V e non più come discontrollo degli impulsi.

Il bisogno di classificazione del giocatore d’azzardo, ha condotto a tentare di creare un profilo tipico, per poi comprendere nel tempo, la necessità di indagare delle differenze tra i diversi tipi di giocatori, finché per merito del Pathways Model di Blaszczynski e Nower, si è potuto iniziare a spiegare lo sviluppo della dipendenza, in un’ottica bio-psico-sociale.

Ad oggi, è considerato un problema di salute pubblica, a causa sia dell’aumentata accessibilità alle forme interattive, sia a causa del rapido espandersi delle opportunità di gioco.

È considerata una dipendenza “nascosta”, spesso individuata dai familiari, dagli amici, dai colleghi, poiché al contrario delle sostanze, che generalmente sono costanti, gli effetti del gioco sono va-

riabili, in base alla tipologia di gioco, all’eziologia (multifattoriale), alla frequenza ed all’intensità, nonché al luogo preferito.

Nei contesti comunitari, il trattamento del DGA è basato su un approccio multidisciplinare, che tiene conto degli aspetti multidimensionali della dipendenza, la quale viene trattata da tutti i punti di vista – medico, psicologico, educativo e sociale/familiare.

Inoltre, il trattamento deve essere necessariamente personalizzato e tener conto di ogni aspetto della storia di vita, del profilo psicopatologico e dei singoli elementi di dipendenza.

Importante è: incrementare ed elicitare la motivazione al cambiamento, identificare i fattori interpersonali, intrapersonali, fisiologici ed ambientali, aumentare il senso di autoefficacia favorendo l’acquisizione di strategie di coping efficaci, aumentare il livello di consapevolezza di pensieri, emozioni e sentimenti, in relazione ai comportamenti compulsivi, favorire una valutazione delle esperienze personali, nonché favorire obiettivi ed una progettazione futura, sostegno familiare.

Epidemiologia nella Comunità Incontro

L’esperienza degli ultimi 6 anni ci ha dimostrato, sia nel trattamento individuale e personalizzato, sia per merito dei gruppi terapeu-

* Responsabile Équipe Multidisciplinare.

** Psichiatra-Psicoterapeuta.

*** Psicologa-Psicoterapeuta.

Comunità Incontro, Amelia (Terni).

tici che su 100 ospiti della Struttura, sono stati rilevati nell'anno 2022, 32 ludopatici, di cui 5 "puri" e 27 "non puri", ovvero polidipendenti da cocaina ed alcol a dimostrazione di come la consapevolezza di questo problema sia solitamente sottovalutata.

Scenario diagnostico nella Comunità Incontro

La valutazione e l'assessment clinico del DGA avviene all'interno di un quadro complessivo che valuti con attenzione la multidimensionalità della problematica riportata.

Elementi importanti da rilevare nel giocatore d'azzardo, sono il grado di consapevolezza, l'aderenza al piano di realtà, la valutazione dell'impatto della dipendenza sul quotidiano, atto a determinare il livello di gravità e di dipendenza del paziente.

Altro elemento da valutare in fase di assesment, è la compresenza di altre eventuali dipendenze, analizzando anche i rapporti tra le stesse, nonché eventuali comorbidità psichiatriche.

Il trattamento diagnostico integrato di questa tipologia di pazienti prevede, in seguito ad una valutazione clinica e sulla base del modello clinico di riferimento, tramite l'utilizzo di strumenti qualitativi e quantitativi (Colloquio clinico, Anamnesi clinica, Intervista strutturata o semi strutturata-come DIGS o SCI-PG, Rating Scales-SCL-90-R, SOGS), l'individuazione della tipologia di giocatore, la gravità e come si manifesti il comportamento, in modo tale da poter individuare strategie e strumenti terapeutici maggiormente adatti a quel determinato paziente.

Interventi terapeutici

Si procede quindi, alla costruzione di una rete di protezione comunitaria che consenta di interrompere la condotta di gioco, nonché all'analisi della rete familiare/sociale del paziente ed all'esistenza di fattori protettivi personali.

Inoltre, si è potuto rilevare, nel corso degli anni, come all'inizio del percorso, emerga la difficoltà nel comprendere la problematica riportata, poiché sussiste, all'inizio del percorso l'idea che "prima o poi si vince".

Pertanto è necessario lavorare innanzitutto sulla consapevolezza, assumendo un atteggiamento passivo e sentendosi in qualche modo deresponsabilizzato rispetto al proprio percorso di cura. Bisogna comprendere e far comprendere ognuna delle percezioni e distorsioni cognitive del giocatore, dall'esperienza di perdita, all'attesa (desiderio), al rinforzo intermittente, alla reiterazione ed accanimento. Importante e necessario lavorare sull'accettazione personale della patologia, sul non temere il giudizio dell'altro, sulla motivazione al percorso di cura.

La consapevolezza di trovarsi di fronte ad una malattia ha lo scopo di liberare da un senso di colpa utilizzato solo come condanna di se stessi e che rischia solo di generare frustrazioni e pertanto paradossalmente può spingere a rifugiarsi nuovamente nel gioco.

L'impostazione del gruppo, che partendo dalle esperienze dei partecipanti o da eventi accaduti nei giorni precedenti cerca di riconoscere ed illustrare le dinamiche tipiche del gioco d'azzardo, si è rivelata utile per permettere la partecipazione anche di soggetti con livelli di consapevolezza molto bassi, invitati a confrontarsi con le esperienze altrui senza doversi necessariamente esporre personalmente.

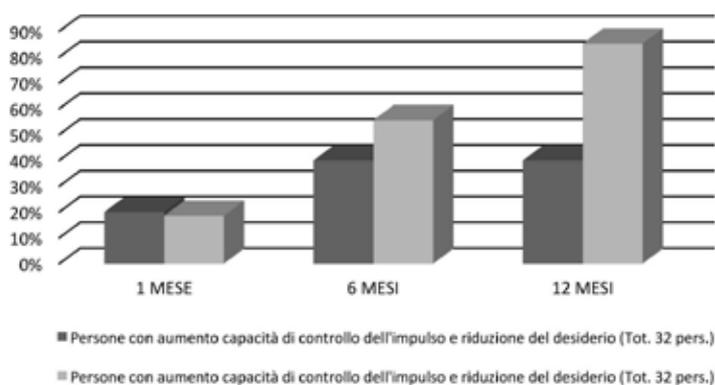
Tanto che si è potuto evidenziare come ci sia, per merito del lavoro comunitario e terapeutico individuale e di gruppo, un aumento della consapevolezza, elicitazione di questa dall'ingresso ai sei mesi successivi, ma soprattutto del numero di persone che sperimentano la capacità di controllo dell'impulso e riduzione del desiderio, come misurato all'ingresso, a 6 mesi ed a 12 mesi dall'inizio del percorso, anche con l'ausilio di strumenti diagnostici (SOGS, GPQ) dando risultati importanti a livello di comprensione delle dinami-

che personali che sottendono più frequentemente a tale patologia e quindi ha condotto molti a riconoscersi e rileggere i propri vissuti in chiave diversa aumentando in misura notevole il livello di consapevolezza (Tabella 1 e Grafico 1).

Tab. 1

Periodo temporale di riferimento	Persone con aumento capacità di controllo dell'impulso e riduzione del desiderio in seguito a percorso riabilitativo (Tot. 32 pers.)	
	DGA (% su Tot. 5 pers.)	DGA e dipendenza da sostanze (% su Tot. 27 pers.)
1 mese	20%	18,51%
6 mesi	40%	55,54%
12 mesi	40%	85,18%

Graf. 1 - Efficacia del percorso sull'impulso



Conclusioni

In seguito a quanto esposto, si può ulteriormente evidenziare che il Disturbo da Gioco d'Azzardo è in continua evoluzione e colpisce sempre più soggetti, particolarmente in seguito all'emergenza mondiale da Covid-19, dove i contatti sociali sono andati diminuendo ed acuendo l'isolamento personale.

Per questo è fondamentale tenere conto di tutti gli elementi di contesto, quindi emerge la necessità di lavorare non solo a livello clinico sul paziente, sulle convinzioni personali, relazioni, ambiente e famiglia, ma bisognerebbe predisporre nel trovare soluzioni a livello multidimensionale, chiedendo ausilio e responsabilità a tutti gli stakeholders coinvolti per poter procedere al supporto, alla cura, alla ricerca ed al tentare di concerto ad invertire la curva epidemica ed elicitare politiche rivolte alla libertà di cura e fornire gli strumenti per poter facilitare l'accesso alle cure, anche per coloro che risultano compromessi, proprio per causa della patologia, da un punto di vista economico.

Riferimenti bibliografici

- Bellio G., Croce M. (2016). *Manuale sul gioco d'azzardo*, FrancoAngeli.
- Casciani O., De Luca O., Zaran F., Nower L. (2018). *Il trattamento psicologico e psicoterapeutico del disturbo da gioco d'azzardo in una prospettiva multidisciplinare*. Publiedit.
- Grant J.E., Potenza M.N. (2010). *Il gioco d'azzardo patologico: Una guida clinica al trattamento* (Italian Edition). Springer.
- Picone F. (2010). *Il gioco d'azzardo patologico. Prospettive ed esperienze cliniche*, Carocci.
- Report annuale 2022/23 European Gaming and Betting Association.

Giustizia riparativa a Casa Gianni – Open Group. Progetto Kairos *C'è dell'altro. Nell'intreccio di narrazioni troviamo l'altro... troviamo noi stessi*

Nadia Brandalise*

SUMMARY

■ *The article begins by giving a normative framework related to Restorative Justice, a topic contained in the Legislative Decree no. 150 of October 10th 2022, effective as of December 20th 2022, in implementation of Law no. 134 of September 27 2021, delegating to the Government for efficiency of the criminal trial, as well as on Restorative Justice and provision for the expeditious settlement of judicial proceedings.*

After giving this necessary premise, the article goes on by defining and characterizing the restorative paradigm within its multiple fields of application (not only focusing on the judicial-penal one), and eventually comes to describe a project that informs and sensitizes on the issues of Restorative Justice, which was realized by a therapeutic community from Open Group, a social Cooperative based in Bologna. ■

Keywords: Restorative Justice, Accountability, Community involvement, Victim centrality.

Parole chiave: Giustizia riparativa, Responsabilità, Coinvolgimento della comunità, Centralità della vittima.

Introduzione

L'Italia è arrivata tra gli ultimi a normare la Giustizia riparativa, ma lo ha finalmente fatto all'avanguardia, distinguendosi per ampiezza e completezza della disciplina con il Decreto Legislativo n. 150 del 10 ottobre 2022 Titolo IV, in conformità con principi europei ed internazionali:

- United Nations Basic Principles on the Use of Restorative Justice Programmes in Criminal Matters ECOSOC Res. 2000/14, U.N. Doc. E/2000/INF/2/Add.2 at 35 (2000).
- UNODC Handbook on Restorative Justice Programmes (2006, 2020).
- The Special Representative of the UN Secretary General (SRSG) on Violence against Children document, Promoting Restorative Justice for Children (2013).
- Directive 2012/29/EU of The European Parliament and The Council of 25 October 2012 on establishing minimum standards on the rights, support and protection of victims of crime.
- The Council of Europe's Recommendation (2018)8 concerning Restorative Justice in Criminal Matters.
- Declaration of the Ministers of justice of the Council of Europe member States on the role of restorative justice in criminal matters (Venezia, 2021).

La Riforma è collegata al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza concordato con la Commissione Europea, il cui finanzia-

mento dipende dal raggiungimento di obiettivi che includono la riduzione del 25% dei tempi medi del procedimento penale.

Con la promozione della Giustizia riparativa e la modifica del sistema sanzionatorio, la Riforma mostra di perseguire un'efficienza, non solo quantitativa, ma anche qualitativa, "che si misuri in termini di kairos, oltre che di kronos, così da trasformare il tempo della giustizia penale in occasione di superamento delle conseguenze del reato" (Bonini V., in Spangher G., *La riforma Cartabia*, Pacini 2022, p. 725 ss.).

La Giustizia riparativa, all'art. 42 del Decreto sopra citato, viene definita come "ogni programma che consente alla vittima, alla persona indicata come autore dell'offesa e ad altri soggetti appartenenti alla comunità di partecipare liberamente, in modo consensuale, attivo e volontario, alla risoluzione delle questioni derivanti dal reato, con l'aiuto di un terzo imparziale, adeguatamente formato, denominato mediatore".

All'art. 43 sono definiti i principi della Giustizia riparativa, ovvero:

- partecipazione attiva e volontaria di ciascuno;
- equa considerazione dell'interesse della vittima del reato e della persona indicata come autore dell'offesa;
- coinvolgimento della comunità nei programmi di Giustizia riparativa;
- consenso alla partecipazione ai programmi di Giustizia riparativa;
- riservatezza sulle dichiarazioni e sulle attività svolte nel corso dei programmi di Giustizia riparativa;
- ragionevolezza e proporzionalità degli eventuali esiti riparativi consensualmente raggiunti, intesi come un qualunque accordo risultante dal programma di Giustizia riparativa, volto

* *Educatrice Professionale, mediatrice penale, consulente Open Group per la giustizia riparativa. Bologna*

alla riparazione dell'offesa e idoneo a rappresentare l'avvenuto riconoscimento reciproco e la possibilità di ricostruire la relazione tra i partecipanti;

- indipendenza di mediatrici/tori e la loro equi prossimità rispetto ai partecipanti ai programmi di Giustizia riparativa;
- garanzia del tempo necessario allo svolgimento di ciascun programma.

E a seguire, gli obiettivi:

1. riconoscimento della vittima del reato;
2. responsabilizzazione della persona indicata come autore dell'offesa;
3. ricostituzione dei legami con la comunità (che non coincide necessariamente con perdono, ricomposizione di una relazione interpersonale o simili, ma fa invece riferimento al legame di convivenza, soprattutto qualora siano coinvolte persone appartenenti alle stesse comunità/territori).

Il processo riparativo è concepito, secondo i suddetti principi, per qualsiasi tipo di reato, con lo scopo di gestirne tutte le conseguenze (emozionali, materiali, finanziarie...); non è concepito come una misura decisa da un Magistrato, ma come un diritto proposto, in modo equo, a tutte le parti coinvolte nel reato.

La Magistratura ha sempre il dovere di informare le parti di questo diritto.

Sviluppo di Cultura riparativa: arte del *Kintsugi*

Maria Pia Giuffrida, nel suo articolo "Giustizia riparativa e mediazione penale. Un percorso sperimentale fra trattamento e responsabilizzazione del condannato" in *Autonomia locali e servizi sociali* 3/2013, il Mulino, Bologna, p. 496, in tono provocatorio, scriveva "In un universo penitenziario profondamente mutato in ordine a qualità e quantità di soggetti ristretti, l'attenzione per l'individualizzazione dell'azione rieducativa si è di fatto affievolita e il più delle volte vengono realizzate soltanto una serie di attività trattamentali rivolte alla popolazione detenuta nel suo insieme, attività che spesso assumono il senso di un mero 'intrattamento'".

A suo dire, fare "trattamento" implica "prendersi cura", azione propria della Giustizia riparativa.

Molto spesso la persona privata della libertà personale è lasciata sola, a tal punto da rimanere imbrigliata nella propria sofferenza, arrivando a sentirsi vittima; quindi per nulla accompagnata a responsabilizzarsi verso le vittime vere del danno commesso, che molto spesso non vengono neanche riconosciute come tali. Le parole che si sceglie di utilizzare sono importanti perché delineano scenari e tessono trame.

Martin Heidegger ricordava "Il linguaggio è la casa dell'essere"; le parole sono "piccole dimore", per questo tanto preziose quanto delicate.

La parola "responsabilità" (da sostituire a "senso di colpa"), nella Giustizia riparativa, assume un valore chiave.

Ilaria De Vanna e Lisangela Sgobba la definiscono, nel *Dizionario minimo di parole necessarie* in maniera esemplare: "Responsabilità è parola immensa. Cardine del mondo. (...) È legame, nodo, congiunzione. Intende la vita come progetto comune. In comune con ciascun essere vivente. Responsabilità è sentirsi connessi e sapersi annessi ad ogni cosa. È sentirsi convocati in ogni istante a contribuire alle sorti del mondo. (...) Bonifica l'animo dal disinteresse, dall'indifferenza e fa spazio all'interesse e alla premura. La parola responsabilità è un altro modo per dire che 'tutto conta' e che per ciascuna cosa esiste una giusta formula di bene, e di bene comune che ci si impegna a realizzare".

Come ci insegna l'ex magistrato Gherardo Colombo "La sofferenza imposta non può, non è in grado di convincere, semmai insegna ad obbedire" (Colombo G., *Il perdono responsabile*, Ponte alle Grazie, Milano, 2013, p. 52), ed insegnare ad obbedire non ci mette assolutamente al sicuro rispetto al fatto che le persone autori di reato possano cambiare le proprie condotte.

Contemporaneamente, per le persone fuori, il rischio è quello di posizionarsi nella zona confortevole del giudizio sugli altri e guardare alle persone detenute con quell'unica identità racchiusa esclusivamente in quel giudizio, senza riconoscere che esistono molteplici e alternativi punti di vista da cui guardare le storie degli altri.

Ciò che si vuole evitare è il disinteresse, l'indifferenza, la delega, il guardare altrove, il ritenere che non ci riguardi, l'appiattirsi sul senso di ineluttabilità.

Partendo dal principio che la realizzazione di una Giustizia più "giusta" reclama un intervento attivo degli attori coinvolti, ovvero la persona indicata come autore dell'offesa, la vittima e la comunità, in vista della ricostruzione dei legami sociali lacerati dall'offesa/reato, la riflessione si deve spostare sul significato etico e politico della riparazione come attitudine e aspirazione ad una qualità ricostruttiva e rigenerativa della collettività.

Solo così siamo in grado tutte e tutti di promuovere e contribuire al senso di sicurezza collettivo.

Così inteso, il paradigma riparativo oltrepassa i confini dell'ambito giudiziario per collocarsi all'interno di ogni settore della vita di relazione: è appropriato ed efficace nei contesti di giustizia, sicurezza, peace building, educazione, sviluppo sociale, sostegno familiare, diritti e benessere di bambine e bambini, così come nella vita organizzativa e comunitaria.

"Riparare" i danni, gli squilibri, le ingiustizie, reclama un intervento corale e diffuso per costruire o ricostruire contesti di vita il più possibile pacificati e fautori di giustizia sociale...un percorso attraverso "luoghi" reali e metaforici nei quali l'arte del riparare orienta ai valori del cambiamento, della partecipazione, del riconoscimento reciproco, dell'alterità, della libertà, della giustizia; infatti si parla di giustizia relazionale, giustizia dell'incontro, giustizia trasformativa, giustizia generativa.

KINTSUGI (= aggiustare con l'oro)

È un'arte giapponese che riunisce i pezzi di un oggetto di ceramica rotto attraverso l'uso di un metallo prezioso, oro o argento liquido o lacca con polvere d'oro.

In questo modo ogni pezzo riparato diviene unico e irripetibile; le fratture vengono evidenziate, impreziosite e questo aggiunge valore all'oggetto inizialmente danneggiato.

Progetto Kairos in comunità terapeutica – Casa Gianni di Open Group

Open Group di Bologna fa parte del CNCA (Coordinamento Nazionale Comunità Accoglienti), all'interno del quale, da tempo, le pratiche di Giustizia riparativa sono oggetto di discussione, formazione e cultura condivisa.

Nello specifico Open Group ha trovato nel paradigma riparativo una nuova prospettiva per offrire agli ospiti delle proprie strutture uno strumento in più per integrare e valorizzare il percorso terapeutico riabilitativo: si tratta di un laboratorio implementato attraverso una serie di incontri orientati ad accompagnare i partecipanti lungo un percorso di riflessione costrut-

tiva, di messa in discussione, di responsabilizzazione rispetto ai comportamenti antisociali posti in essere, alle motivazioni e agli effetti prodotti su di sé, sulle persone e i territori di appartenenza che, da tale condotta, ne hanno tratto danni, sofferenze, ferite...

In questo cammino, il reato viene letto innanzitutto nella sua dimensione relazionale, come un conflitto interpersonale e sociale; dietro ogni comportamento illecito c'è una vittima, o più d'una, individuale o collettiva, e attraverso loro, il reato impatta sulla comunità, che può esserne anch'essa ferita, lacerata o comunque segnata.

Questo approccio permette di uscire dalla logica semplicistica del "chi sbaglia paga", in cui il focus esclusivo è sul fatto-reato, per utilizzare l'errore come occasione di apprendimento ed attivare azioni riparative in cui l'attenzione è data alle relazioni sociali più che alla punizione, introducendo possibilità di dialogo, comprensione, accoglienza reciproca per tutte le parti coinvolte.

"Cosa può essere fatto per riparare il danno?", questa la domanda che Open Group ha voluto prendere in carico e, ispirandosi alle pratiche di Giustizia riparativa, sta costruendo, da un lato, percorsi di responsabilizzazione con le persone indicate come autori dell'offesa e di attenzione al danno generato nelle vittime; dall'altro, sta promuovendo partecipazione e coinvolgimento di tutta la comunità nella ricerca e mantenimento del "bene comune" per tutte e tutti.

L'obiettivo è dare dignità e spazio di espressione a sentimenti di vergogna e senso di colpa della persona autore di illecito, trasformandoli e risignificandoli come occasioni di sviluppo di consapevolezza, senso di responsabilità nel riparare e riconoscimento dell'altro, attraverso l'incontro, l'ascolto e la comprensione della sofferenza generata nelle vittime dei propri comportamenti criminosi.

Date parole al dolore.

Il dolore che non parla, bisbiglia al cuore sovraccarico e gli ordina di spezzarsi.

Macbeth, Atto III, scena IV, Shakespeare

Per le persone inserite in comunità terapeutica in misura alternativa alla carcerazione, l'intenzione è quella di dare a questo tempo da scontare la connotazione di "occasione".

Il tempo qui va inteso non come *kronos*, logico e sequenziale, che non lascia spazio alla riflessione, che punta al fare e all'accumulo di esperienze fini a se stesse, ma come *kairos*, ovvero vera e propria opportunità creativa, momento propizio da cogliere per riflettere, mettere in discussione e ri-vedere priorità ed orizzonti, un tempo "di senso", capace di scardinare il presente immobile dalla condizione di persona detenuta e tossicodipendente.

Il laboratorio è stato realizzato con gli ospiti della comunità di Casa Gianni; gli incontri sono cominciati giovedì 6 ottobre 2022 e si sono susseguiti a cadenza settimanale, terminando il 22 dicembre 2022.

I primi due incontri sono stati condotti con modalità di focus group: sono state introdotte tematiche quali la giustizia, la comparazione tra sistema retributivo e riparatorio, la differenza tra colpevole e responsabile, la presentificazione delle vittime e dei loro bisogni, le ricadute dei comportamenti illegali sulla comunità e la necessità di mettere in gioco anche la dimensione emotiva per riuscire ad aprirsi al cambiamento e alla possibilità

di una "scelta diversa" rispetto alla propria condotta e, in generale, alla propria vita.

Terminata questa prima fase, a tutti i partecipanti, in colloqui individuali, è stato chiesto se c'erano interesse e volontà a voler intraprendere un laboratorio di informazione e sensibilizzazione relativamente alle pratiche di Giustizia riparativa, dal momento che la partecipazione a questo tipo di esperienze, da presupposto definitorio, è su base volontaria di ognuno e non devono essere prescritte o obbligate.

Il laboratorio è partito con 8 persone; di queste solo una persona ha interrotto il suo programma terapeutico in struttura residenziale, abbandonando quindi anche l'attività del laboratorio.

Il percorso si è articolato in altri otto appuntamenti a cadenza settimanale; in tre di questi è stato possibile ospitare persone che hanno accettato l'invito di venire in comunità, partecipando quindi al progetto, per portare la narrazione della propria esperienza, chi di vittima, chi di autore di illeciti, credendo particolarmente nella preziosa opportunità di parlare di Giustizia riparativa all'interno di questo contesto specifico.

Hanno portato la propria testimonianza, chi di vittima, chi di autore di reato, tre persone:

1. una donna che, durante un attentato dinamitardo nel trapanese, perse la mamma e due fratellini gemelli;
2. un uomo, figlio di un poliziotto ucciso dalle Brigate Rosse, ha raccontato inizialmente il proprio dolore e il sogno di vendetta, pagato, tra le altre cose, con un lungo periodo di problemi legati alla dipendenza e, a seguire, la conseguente emancipazione dalla sofferenza con l'incontro e il dialogo con persone che si erano rese responsabili di reati simili;
3. un uomo, autore di reati, con lunghe carcerazioni alle spalle, ha raccontato l'origine del suo cambiamento a partire da quando ha riconosciuto lo sguardo umano delle persone vittime di reato.

Dopo ogni incontro con le narrazioni della/dei testimoni, il gruppo dei partecipanti ha avuto l'occasione di condividere le proprie riflessioni legate a quanto ascoltato, elaborare e articolare punti di vista nuovi da cui poter partire per (ri)leggere parti delle proprie esperienze.

Oltre all'ascolto delle testimonianze, negli incontri di laboratorio sono state utilizzate tecniche espressivo-creative e giochi di ruolo.

Trasversale a tutti gli incontri è stato l'obiettivo di voler facilitare un percorso di conoscenza di sé, trasmettendo l'importanza del riconoscimento del proprio "sentire", come base per incontrare il "sentire" degli altri, in un atteggiamento di rispetto e apertura alla conoscenza del "diverso" da sé; si è lavorato sulla difficoltà ad individuare la/le vittima/e e il dialogare con loro, sul pregiudizio nostro e degli altri, sulla colpa come responsabilità, sulla vergogna, sul desiderio di vendetta, sulla paura e l'impotenza di fronte alle proprie emozioni... è stato un vero e proprio percorso che, a detta di ognuno dei partecipanti, non è concluso, è solo iniziato...

È molto difficile cancellare i segni profondi che gli avvenimenti hanno impresso sulla nostra anima.

Siamo il frutto del nostro passato, siamo la vita stessa che ci è cresciuta dentro come il fusto di un albero con i colori, i profumi e le imperfezioni che i venti e le piogge hanno fissato per sempre sulla nostra corteccia.

Romano Battaglia in Silenzio

Esiti in divenire

Questo percorso di informazione e sensibilizzazione relativo alle pratiche di Giustizia riparativa, promosso dal Settore Dipendenze della Cooperativa Sociale Open Group, vuole diventare proposta stabile del programma terapeutico della struttura accreditata Casa Gianni e ha posto le basi per un'azione di sistema con/nel territorio, attraverso il lavoro di rete con altre realtà sensibili, in primis UEPE, SerDP di riferimento, Centro di Mediazione.

Per autunno 2023 è in corso la programmazione di una seconda edizione.

Il progetto è stato presentato anche alla Commissione di Monitoraggio dell'Accordo di Sistema, tavolo di alta integrazione tra pubblico e privato.

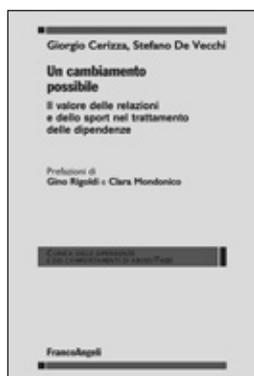
Alle persone che hanno partecipato al primo laboratorio è stato presentato il Centro di mediazione di Bologna, Centro Italiano di Mediazione e Formazione alla Mediazione, con il quale avranno la possibilità di prendere degli appuntamenti individuali per approfondire le proprie vicende personali e giudiziarie legate al comportamento illecito messo in atto e valutare l'opportunità di intraprendere percorsi di Giustizia riparativa, sulla base anche di quanto previsto dalla Riforma Cartabia 150/2022. È in fase di organizzazione anche un ciclo di incontri informativi

vi e formativi curato dal Centro di mediazione bolognese, a cui gli operatori di Open Group parteciperanno, con l'obiettivo di diffondere le tematiche proprie del paradigma riparativo, della Cultura riparativa.

Riferimenti bibliografici

- Bertagna G., Ceretti A., Mazzuccato C. (2015). *Il libro dell'incontro. Vittime e responsabili della lotta armata a confronto*. Milano: Il Saggiatore.
- Colombo G. (2013). *Il perdono responsabile*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Coppola De Vanna A., De Vanna I. (2022). *Riparazioni. Riparare il dolore e i legami sociali: la sfida della giustizia riparativa*. Bari: Radici Future.
- De Vanna I., Sgobba L. (2022). *Dizionario minimo di parole necessarie (per le ripartenze e non solo)*. Rimini: Libri dell'Arco.
- Giuffrida M.P. (2013). *Giustizia riparativa e mediazione penale. Un percorso sperimentale fra trattamento e responsabilizzazione del condannato. Autonomia locali e servizi sociali*, 3. Bologna: il Mulino.
- Mannozi G., Lodigiani G.A. (2017). *La Giustizia riparativa. Formanti, parole e metodi*. Torino: Giappinelli.
- Restorative Justice. Viaggio alla scoperta della Giustizia Riparativa*, visibile sul canale youtube del CeSGReM (Centro Studi sulla Giustizia Riparativa e Mediazione - Università Insubria di Como).

RECENSIONE



Giorgio Cerizza, Stefano De Vecchi
**UN CAMBIAMENTO POSSIBILE.
IL VALORE DELLE RELAZIONI
E DELLO SPORT
NEL TRATTAMENTO
DELLE DIPENDENZE**
Prefazioni di Gino Rigoldi
e Clara Mondonico

Codice: 231.3.9
Collana: Clinica delle dipendenze
e dei comportamenti di abuso/Testi
euro 18,00
Editore: FrancoAngeli

«Mettiamo le persone al posto della sostanza»: questa la frase ispiratrice del percorso terapeutico descritto nel volume.

Si tratta di un percorso per le dipendenze diverso e innovativo: attraverso il racconto di alcune storie personali si mostrerà come questo trattamento sia messo in pratica grazie alla forza e all'importanza di una relazione sana che, indipendentemente dai ruoli, può far superare ostacoli insormontabili e indurre cambiamenti insperati. Nessun farmaco, nessuna sostanza, nessun intervento può offrire quello che una relazione affettiva calda, vicina, attenta e vera è in grado di dare. Questo è possibile non solo nelle relazioni affettive familiari e amicali ma anche in quelle terapeutiche o d'aiuto.

Nel testo viene inoltre descritto come l'incontro magico con il Mister Emiliano Mondonico ha permesso di completare in tutte le sue forme questo percorso di recupero nelle tossicodipenden-

ze. Un modello dove lo sport, attraverso i valori della fatica, dell'attesa, della collaborazione con il compagno e del rispetto dell'avversario, diventa uno strumento fondamentale per la "ricostruzione" dell'uomo.

Il volume si rivolge agli operatori che si occupano del trattamento delle dipendenze ma anche agli operatori sportivi (allenatori, mental coach, istruttori), perché possano comprendere come valorizzare le potenzialità insite nel loro fare e nel loro esserci. Inoltre, è utile a quanti stanno vivendo situazioni problematiche, difficili e sofferte di dipendenza e a quanti, a diverso titolo, stanno loro vicino.

Giorgio Cerizza, psichiatra e psicoterapeuta, si occupa del disagio di adolescenti e giovani adulti. Fondatore del Servizio riabilitativo per le dipendenze dell'Ospedale S. Marta di Rivolta d'Adda, è consulente presso lo SMI (Servizio Multidisciplinare Integrato) di Lambrate, Fondazione Eris e conduttore di gruppi psicoterapeutici per persone con problemi da dipendenza da sostanze o comportamentali.

Stefano De Vecchi, formatore e consulente familiare, ha condotto la trasmissione televisiva *Generazione 2.0* dedicata agli adolescenti. Ha lavorato in diverse strutture per minori e tossicodipendenti. Dal 2007 al 2015 ha collaborato alla cattedra di Psicologia dell'educazione e dello sviluppo presso l'Università degli Studi di Bergamo e dal 2009 collabora con enti di formazione accreditati da Regione Lombardia in qualità di formatore e supervisore con adolescenti.

La Tossicologia Forense *Traslazionale* ovvero cosa ce ne facciamo nelle trincee giudiziarie del “migliore dato analitico possibile” in materia di cannabinoidi e guida?

Fulvio Fantozzi*

Introduzione

Chi scrive ha una lunga e vasta pratica peritale soprattutto come medico legale di parte (CTP) in penale in questioni medico legali inerenti alla Medicina Legale del Traffico e segnatamente ad “alcol, droghe (compresi psicofarmaci e analgesici oppioidi) e guida”. Ciò in tutto il nostro Paese e da almeno 15 anni a questa parte.

Persistono, sì è vero, sacche di arretratezza culturale e conseguenti cattive pratiche qui e là, ma in generale frequentando le trincee giudiziarie Italiane vi si osserva un certo progresso.

Ad esempio è finalmente passato il concetto che quando si tratta di art. 187 del Codice della Strada (CdS) la positività per stupefacenti e sostanze psicotrope deve riguardare non già le urine, ma la matrice ematica (erano peraltro decenni che la Tossicologia Forense di Laboratorio si sgolava a ripeterlo...).

Ebbene tale acquisizione non significa però che la positività ematica sia sufficiente per comprovare l'alterazione psichica ex art. 187 CdS!

Infatti detta positività a parere di chi scrive ne è una condizione necessaria, ma non sufficiente (vedere Box 1).

Ed è palese che ragionamenti di questo tipo divengono rilevanti oggi con un numero ancora esiguo, ma in aumento, di persone estranee a qualsiasi abitudine tossicofila a cui è dato il permesso di guidare sebbene assumano cannabinoidi a scopo di cura: un conducente che a seguito di un incidente stradale nel quale magari è rimasto vittima, viene trovato positivo al THC nel sangue perché assume THC sotto forma di galenico per sua sclerosi multipla, patologia in remissione e ritenuta in sé e per sé compatibile con una sufficiente capacità di guida (magari con una solo temporanea idoneità alla guida) dovrebbe essere perseguito per la presunta violazione dell'art. 187 CdS?

Risposta: “Sì? No? Qualche volta??...”.

Se si opta per il “Qualche volta” allora in Pronto Soccorso oltre che essere sottoposto a prelievo ematico per le droghe e l'alcol, una volta comunicato ai Sanitari, che comunque lo dovranno studiare sul piano giudiziario per ordine del Militi intervenuti, di essere in cura con THC dovrebbe forse essere visitato/a sistematicamente e tempestivamente alla ricerca di segni ancorché minimi dell'alterazione psichica da cannabinoidi che sostanzia la violazione dell'articolo di legge di cui sopra?

Oppure farebbe fede (in alternativa, appunto, o in modo complementare alla visita di cui sopra?) ciò che il Medico o il Servizio sanitario pubblico che ha prescritto la preparazione galenica in

questione dovrebbe avere preventivamente certificato circa l'andamento clinico e l'assenza di effetti collaterali pericolosi per la prestazione di guida, analogamente a quanto accade per gli eroinomani in remissione grazie a terapia agonista con metadone?

Box 1

Per chiarire il concetto della diagnosi di alterazione psichica in atto causata da una determinata sostanza psicoattiva, la criteriologia tossicologica forense da sempre richiede che vi si possa giungere attraverso la valutazione, congiunta e rigorosa, dei seguenti dati (1):

1. un dato di laboratorio adeguato (che in ogni caso non è affatto quello desunto da un campione di urine);
2. un dato clinico-strumentale concordante rispetto al suddetto dato adeguato, desumibile da una visita medica da effettuarsi subito dopo il fermo del soggetto (1, pp. 63-64), corredata eventualmente da test di reattività nervosa come, si ripete, i tempi di reazione motoria a stimoli acustici o visivi;
3. autodichiarazione del soggetto circa l'assunzione della sostanza immediatamente prima di guidare.

Cosa dice la tossicologia forense “di laboratorio” in materia di cannabinoidi e guida?

Innanzitutto la Tossicologia Forense, in Italia e non solo, non statuisce e nemmeno “suggerisce” la sussistenza di un cut off per la rilevazione del THC nel sangue (per la definizione di cut off vedere Box 2) al di sopra del quale si presume che il THC eserciti quell'effetto di *impairment* (ossia di compromissione, indebolimento) della capacità di guida che sostanzia l'alterazione psichica in parola.

Box 2

Il CUT OFF o Valore Soglia o Soglia Decisionale è il limite di concentrazione definito, in maniera convenzionale, per stabilire la negatività, ovvero la positività (non negatività nel caso di analisi di screening) di un campione. Il valore di cut off, pertanto, può variare dipendendo dall'ambito di applicazione dell'analisi (2).

Ne consegue che l'emissione da parte di un Istituto di Medicina Legale che si avvalga di un proprio Laboratorio di Tossicologia Forense, dunque un Laboratorio di elevatissima qualità ed affi-

* *Medico Addittologo Libero professionista. Specialista in Medicina Legale. Reggio Emilia.*

dabilità in campo Forense, di un referto analitico che descrive come le concentrazioni nel sangue di THC e THC-OH, due molecole (la seconda è il metabolita attivo principale del THC) intrinsecamente dotate di potenzialità stupefacente invalidante sulla guida, abbiano oltrepassato seppure di poco i due relativi cut off prestabiliti (di solito rispettivamente 2 ng/ml e 1 ng/ml) non significa affatto avere confezionato ed affidato prima ai militari, poi alla Procura ed infine al Giudice in dibattimento penale, un dato sanitario sufficiente a suffragare sul piano scientifico/medico la *notitia criminis* in tema di art. 187 Cds!

Il motivo è che diversamente da ciò che accade da molti anni per l'alcol etilico non esiste per dette due molecole un cut off ematico "draconiano", al di sopra del quale l'alterazione psichica in parola possa considerarsi accertata.

Inoltre una congerie di letteratura scientifica di qualità pubblicata su Riviste di alta caratura accademica ed anche istituzionale (è particolarmente pregevole, accurato ed aggiornato il contributo di Autori Italiani della Scuola Milanese, Blandino *et al.*, voce bibliografica n. 3) concorda su alcuni punti fermi (ad oggi perché certamente domani tutto potrebbe cambiare!) circa THC e compromissione della capacità di guida.

Molteplici studi, condotti da studiosi esenti da conflitti di interesse e spesso incaricati di giungere a ipotesi, indicazioni e raccomandazioni da Istituzioni sanitarie pubbliche ed indipendenti, specialmente statunitensi e svizzere, hanno portato in dettaglio ad ipotizzare di poter puntare a tre distinti valori di concentrazione di THC nel sangue forieri di pericolo per la guida se oltrepassati. In dettaglio Walsh *et al.* riportarono un valore di 1 ng/ml, mentre Vindenes *et al.* (5) 1.3 ng/ml e Wolff *et al.* 5 ng/ml.

L'Istituzione sanitaria Federale Svizzera, che faticherei a considerare lassista o morbida in materia, in particolare afferma (7): "È provato che a partire da 5,0 ng/ml i consumatori di canapa sono coinvolti con maggiore frequenza in incidenti. Chi ha fumato canapa contenente THC, durante la prima ora dopo il consumo è coinvolto più spesso in incidenti della circolazione. Dopo 2 fino a 4 ore il rischio di incidente torna a diminuire".

Sull'argomento il nostro Istituto Superiore di Sanità (ISS), perciò un Ente sanitario istituzionale "al di sopra di ogni sospetto" circa qualsivoglia "filia" / posizione libertaria pro- cannabinoidi, si era pronunciato più diplomaticamente dapprima nel 2017 con un "appello" e poi piuttosto icasticamente con un più articolato documento scientifico ad hoc nel 2019:

Appello ISS 2017 (8):

"Ad oggi mancano, sia a livello nazionale che comunitario, protocolli analitici e valori soglia condivisi per l'analisi delle sostanze stupefacenti nel sangue, al fine di accertare la guida in stato di alterazione psico-fisica in seguito all'uso di tali sostanze".

Documento ISS del 2019 (9)

"Non esistono al momento in Italia valori soglia (cut-off) stabiliti per legge riguardanti le concentrazioni soglia delle varie sostanze d'abuso e/o metaboliti nella matrice sangue al fine di supportare la diagnosi di "alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti".

Se ne può dedurre che attualmente uno stato di alterazione del genere può essere provato solo sulla base di una valutazione clinica.

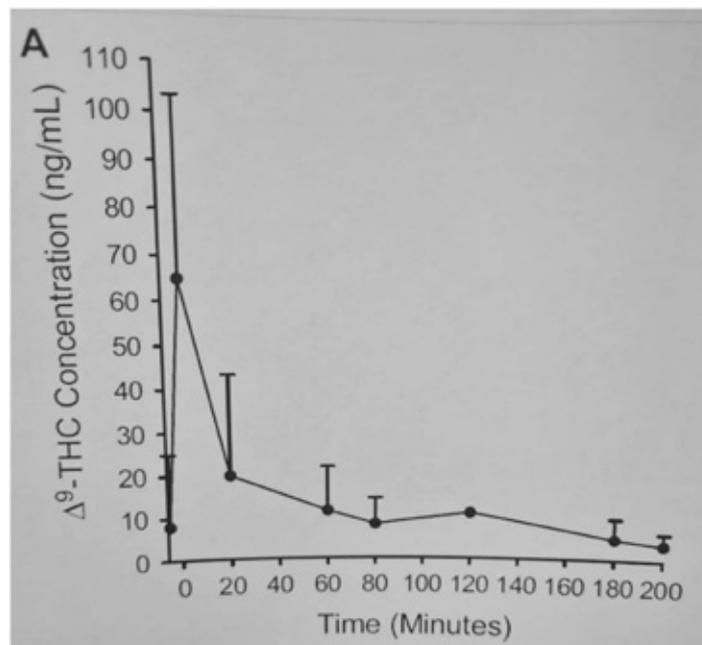
"De letteratura condenda"

Vero è che Scienza sperimentale e dottrina medico legale (seppur "dottrina" essa non è dogma alias precetto immutabile!)

vanno avanti, dunque negli ultimi 4 anni studi, documenti, *position papers*, linee guida, ecc. sono fioccati copiosi in letteratura. Mc Cartney 2021 (10) sottolinea nel suo lavoro sperimentale focalizzato sui consumatori abituali che "I consumatori regolari di cannabinoidi sperimentano un minore indebolimento della capacità di guida rispetto agli occasionali" e poi che "le abilità cognitive di guida si ristabiliscono nell'arco di 5 ore nella maggior parte dei casi, e praticamente in tutti gli utilizzatori entro 7 ore in caso di inalazione di 20 mg di THC".

A proposito di tempo di deteazione del THC nel sangue dopo la sessione fumatoria, merita attenzione a mio avviso la Figura 1, tratta da un lavoro di Wurz pubblicato nel 2022 nel quale ai soggetti veniva fatta fumare marijuana di buona qualità (THC non inferiore al 8,5%) in forma di un singolo spinello "standard" di mezzo grammo di peso con aspirazione del fumo entro 10', mostra l'andamento della loro curva del THC nel sangue (simile a quella alcolemica sebbene assai più ripida sia nella fase ascendente che in quella discendente della parabola) ed evidenzia come a 200' ossia a poco più di 3 ore dalla fine della fumata di spinello la concentrazione nel sangue cominci lentamente a scendere sotto i 5 ng/ml e a tendere quasi asintoticamente allo zero.

Fig. 1



Ma riprendiamo ora la lettura della citata pregevole rassegna Italiana del 2022 (3), direi ad oggi la più completa in materia.

Essa evidenzia che "a differenza dell'alcol, pochi studi hanno indagato cannabis e compromissione della capacità di guida, perciò manca ad oggi la possibilità di fissare limiti per il cut off che siano concordati a livello internazionale". E ancora "l'identificazione di tali limiti è controversa e non semplice, poiché essi non sono dimostrabili come indicativi di abilità di guida compromessa in tutti gli individui". [...] "Oltretutto a differenza dell'alcol il metabolismo dei cannabinoidi è altamente variabile in soggetti diversi e pertanto alla stessa concentrazione una persona può essere sotto l'effetto mentre un'altra può possedere una normale capacità di guida. Per tale ragione la semplice identificazione di un consumo di cannabis in un guidatore non

è abbastanza per giustificare la tesi di un suo maggior rischio di incidente”.

In tal senso è da rammentare (e se ne deve altresì raccomandare la lettura integrale!) il lavoro pivotale e consonante di Arkell (11). Ancora i citati ricercatori milanesi (3) riportano e documentano citando anche in questo caso la relativa bibliografia che “i fumatori cronici possono avere concentrazioni superiori a 2 ng/ml anche dopo 7 giorni di astinenza” ed insistono sul concetto che “un test positivo per cannabis anche nel sangue non implica necessariamente che il conducente era incapace di condurre dato che THC e metaboliti possono essere ritrovati nel sangue per lungo tempo dopo che detta incapacità è terminata, ciò specialmente in consumatori cronici”.

Sempre sul concetto di quelle che nel lessico delle trincee addittologiche, sia cliniche che forensi, si chiamano “code” di THC nel sangue in consumatori cronici anche dopo molte ore dall’ultima fumata battono inoltre Peng *et al.* nella loro rassegna sistematica sul tema dei “non necessariamente nocivi” residui ematici di THC in consumatori di cannabis abituali “dopo 4 ore di astinenza” (12).

Pearson *et al.* nella loro bella monografia su Cannabis e Guida (13) invece di fatto sviluppano in modo estensivo ciò che Arkell *et al.* (11) avevano già efficacemente esplicitato nel loro lavoro pivotale sopra citato, alla cui lettura integrale di nuovo rimando, ossia che i limiti di concentrazione ematica di THC nel sangue in rapporto alla capacità di guida *in sé e per sé considerati* costituiscono un elemento di giudizio medico legale... limitato!

Ebbene, tutta la precedentemente esaminata letteratura scientifica, accreditata a livello internazionale e già in buona parte confluita in *statements* istituzionali Italiani come i due sopra esaminati, emanati dall’ISS nel 2017 e nel 2019, è di fatto inconcludente circa l’ipotesi di seriamente e fondatamente prestabilire, analogamente a ciò che accade per alcol e guida (se un conducente ha ad esempio 0,90 g/l di alcol etilico nel sangue, misurato beninteso con tecnica canonica dell’HS-cromatography su sangue intero egli/ella sarà incriminato/a fondatamente a prescindere da come si sentisse lui/lei al momento del fatto e a prescindere dall’assenza del dato medico così come dalla sua presenza, ma con documentata sua negatività sul piano tossicologico a seguito delle visite mediche di rito esperite subito dopo il fatto) un limite di concentrazione di THC nel sangue al di sopra del quale l’alterazione psichica ex art. 187 CdS venga ad essere inoppugnabilmente provata *ex lege*.

E ben si capisce, a questo punto, l’orientamento della migliore e non ignara Giurisprudenza di legittimità sull’argomento: vedasi Cass. sez. IV, ud. 24 giugno 2021 (dep. 10 novembre 2021), n. 40543, Presidente Menichetti – Relatore Esposito, laddove recita “Per la configurabilità della circostanza aggravante prevista dall’art. 589 c.p., comma 3, n. 2, non è sufficiente che il guidatore abbia assunto sostanze stupefacenti prima di porsi alla guida, ma è necessario che egli intraprenda detta condotta in stato di alterazione psico-fisica determinato dalla assunzione di droghe (Sez. 4, n. 27164 del 28/04/2015, Sardone, Rv. 263872; vedi anche Sez. 4, n. 19035 del 14/03/2017, Calabrese, Rv. 270168, secondo cui l’alterazione richiesta per l’integrazione del reato di guida sotto l’influenza di sostanze stupefacenti, previsto dall’art. 187 C.d.S., esige l’accertamento di uno stato di coscienza semplicemente modificato dall’assunzione delle predette sostanze, che non coincide necessariamente con una condizione di intossicazione). Ai fini del giudizio di sussistenza dell’aggravante in parola è quindi necessario provare non solo la precedente assunzione di sostanze stupefacenti ma anche che l’agente abbia guidato in stato d’alterazione causato da tale

assunzione. Tanto non può essere desunto dai soli elementi sintomatici ma richiede sia un accertamento tecnico-biologico, sia che altre circostanze provino la situazione di alterazione psico-fisica (Sez. 4, n. 41796 del 11/06/2009, Giardini, Rv. 245535). Entrambi i giudici di merito non hanno tenuto presente tale principio, riconoscendo la sussistenza dell’aggravante esclusivamente in base all’accertata positività, senza verificarne l’incidenza sulla condotta di guida”.

Da ultimo è appena il caso di rimarcare che ricostruzioni *ex post* di quella che potrebbe essere stata la concentrazione di THC nel sangue di un conducente al momento del fatto, atteso che il prelievo di sangue sia avvenuto, poniamo ad esempio alle 21.45 e decorso un non breve periodo di 5 ore dalla prestazione di guida, sono rese ancora più difficili ed imprecise da ciò che la letteratura attesta ulteriormente in materia ossia che il THC nel sangue, nel caso di consumatori abituali (come nel caso di specie), può persistere per 7 giorni e più dopo l’ultimo tiro di spinello, e questo lo abbiamo ricordato poc’anzi *hic supra*; ma vi è altro (3): “Devesi aggiungere che nella fase terminale di eliminazione, un singolo soggetto può produrre sequenzialmente più campioni (nello studio erano in gioco le urine, ma il discorso può essere tranquillamente traslato al sangue, NdR) che possono risultare positivi, poi negativi, poi ancora positivi, rendendo molto difficile differenziare un nuovo episodio di assunzione da un episodio precedente”.

Conclusioni

Esiste una Tossicologia Forense che tanto concettualmente quanto operativamente “viene dopo” le sacrosante buone pratiche di Laboratorio (2) finalizzate al confezionamento di dati analitici degni di essere esibiti in Tribunale in caso di presunta violazione dell’art. 187 del Codice della Strada, un articolo di valore penale.

Trattasi della Tossicologia Forense più propriamente Medica, quella che si (pre)occupa dell’“Interazione Uomo-Macchina” di chi ha in corpo sostanze psicoattive e guida un veicolo su strada e quindi di come il dato di Laboratorio dovrà essere speso poi in giudizio, ossia correttamente interpretato ed utilizzato, in un procedimento penale ad esempio. In questo specifico senso dunque è da intendere l’espressione “Tossicologia Forense *Traslazionale*” che intitola il presente contributo.

Ed è ad essa che si deve guardare con interesse quando si pensa a quanto e come conducenti che assumono a scopo di cura, con beneficio e senza effetti collaterali di sorta, preparazioni farmaceutiche a base di cannabinoidi contenenti THC, il principio attivo stupefacente della cannabis sistematicamente cercato sia nelle urine che nel sangue in caso di incidenti stradali, rischieranno di esser scambiati per “spinellatori dell’ultima ora” e quindi incriminati e finanche rinviati a giudizio (e qui dobbiamo spendere un avverbio forte che è “barbaramente”!) per il reato di cui sopra.

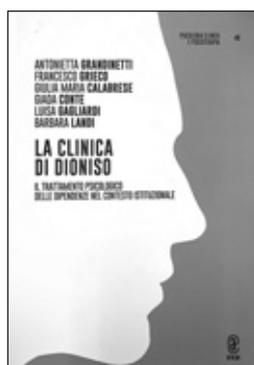
Ebbene la relativa letteratura scientifica accreditata a livello internazionale, già in buona parte confluita in *statements* istituzionali Italiani come i due sopra esaminati, emanati dall’ISS prima nel 2017 e poi nel 2019, è di fatto inconcludente circa l’ipotesi di potere seriamente e fondatamente fissare analogamente a ciò che accade per alcol e guida un limite di concentrazione di THC nel sangue al di sopra del quale l’alterazione psichica ex art. 187 CdS venga ad essere inoppugnabilmente provata *ex lege*.

Credo che valga la pena di porre attenzione a quanto sopra esposto.

Riferimenti bibliografici

- (1) www.dronet.org/monografia.php?monografie=61. [Trattasi della monografia reperibile sul sito Web istituzionale www.dronet.org, afferente al Dipartimento Nazionale Antidroga]. Ultimo accesso 27 maggio 2023.
- (2) *Linee guida per la determinazione di sostanze stupefacenti e psicotrope su campioni biologici con finalità tossicologico-forensi e medico-legali*. Revisione n. 6 del 8 giugno 2022, a cura della Commissione Qualità del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani (GTFI).
- (3) Blandino A., Cotroneo R., Tambuzzi S., Di Candia D., Genovese U., Zoja R. Driving under the influence of drugs: Correlation between blood psychoactive drug concentrations and cognitive impairment. A narrative review taking into account forensic issues. *Forensic Science International: Synergy*. Department of Biomedical Sciences for Health, University of Milan, Via Luigi Mangiagalli 31, Milan, Italy.
- (4) Walsh J.M., Verstraete A.G., Huestis M.A., Mørland J. (2008). Guidelines for research on drugged driving. *Addiction*, 103: 1258-1268, <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02277.x>.
- (5) Vindenes V., Jordbru D., Knapskog A.B., Kvan E., Mathisrud G., Slørdal L. *et al.* (2012). Impairment based legislative limits for driving under the influence of non-alcohol drugs in Norway. *For. Sci. Int.*, 219: 1-11, <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2011.11.004>.
- (6) Wolff K., Brimblecombe R., Forfar J.C., Forrest A.R., Gilvarry E., Johnston A. *et al.* (2013). *Driving under the influence of drugs*, www.gov.uk/dft.
- (7) Ufficio federale della sanità pubblica UFSP Divisione Prevenzione delle malattie non trasmissibili Sezione Basi scientifiche. BAGncdGrundlagen@bag.admin.ch. *Circolazione stradale e canapa: valore limite di THC*.
- (8) Istituto Superiore di Sanità. Guida sotto l'effetto di droghe, appello dei ricercatori dell'ISS per la standardizzazione di esami e valori. 19 gennaio 2017.
- (9) Procedure operative per la determinazione delle sostanze d'abuso su sangue. Centro Nazionale Dipendenze e Doping (Reparto Farmacodipendenza, Tossicodipendenza e Doping). Osservatorio Fumo Alcol e Droga, Dipartimento del Farmaco, Istituto Superiore di Sanità, 2019.
- (10) McCartney D. a,b,c,*; Arkell T.R. a,b,c, Irwin C. d,e, McGregor I.S. (2021). Determining the magnitude and duration of acute $\Delta 9$ -tetrahydrocannabinol ($\Delta 9$ -THC)-induced driving and cognitive impairment: A systematic and meta-analytic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 126: 175-193.
- (11) Arkell T.R., Spindle T.R., Kevin R.C., Vandrey R., McGregor I.S. (2021). The failings of *per se* limits to detect cannabis-induced driving impairment: Results from a simulated driving study. *Traffic Injury Prevention*, 22(2): 102-107.
- (12) Peng Y.W., Desapriya E., Chan H.R., Brubacher J. (2020). Residual blood THC levels in frequent cannabis users after over four hours of abstinence: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*, Nov 1, 216: 108177. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108177. Epub 2020 Jul 10. PMID: 32841811.
- (13) Pearson G.D., Stevens M.C., D'Souza D.C. (2021). Cannabis and Driving. *Front. Psychiatry*, 12: 689444. DOI: 10.3389/fpsy.2021.689444

RECENSIONE



Giulia Maria Calabrese,
Giada Conte, Luisa Gagliardi,
Antonietta Grandinetti,
Francesco Grieco, Barbara Landi

LA CLINICA DI DIONISO

Collana: Psicologia clinica
e psicoterapia
euro 15,00
Editore: Aracne

Il volume, nato all'interno del Dipartimento per le Dipendenze patologiche dell'ASL Salerno, è dedicato ai trattamenti psicologici di tali condizioni cliniche, con riferimento al contesto pubblico. Ci si è concentrati sulle cure psicologiche in quanto è abbastanza raro che di esse venga offerta una panoramica complessiva. L'obiettivo è fornire un primo orientamento di base a giovani psicologi che si trovino a esordire in questo campo. Al contempo, riepilogando quanto è stato fatto negli ultimi anni, il testo può consentire un confronto tra operatori esperti intorno alle rispettive pratiche, in vista delle sfide che i tempi imporranno alla clinica delle dipendenze.



FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE



BERGAMO | 25-26-27 ottobre 2023 – Centro Congressi Giovanni XXIII

L'INNOVAZIONE E LA PERSONALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI NELLE DIPENDENZE

La cultura della cura



MERCOLEDÌ 25 ottobre 2023

ore 14.00 **Apertura XII Congresso Nazionale FeDerSerD**

ore 14.10 **INTERVENTO INTRODUTTIVO**

Nuovi modelli organizzativi dei Servizi delle Dipendenze nella sanità del territorio - Guido Faillace (Palermo)

ore 14.25 **SALUTI ISTITUZIONALI**

Giorgio Gori - Sindaco Comune di Bergamo – Capitale della cultura 2023
Saluti delle **Autorità Nazionali e Regionali**

ore 15.15 **Drug policy e diritto alla cura fra scienza e pregiudizi**

Dialogo tra **Marica Ferri** - Head of sector Support to practice, Public Health Unit – EMCDDA - **Marco Riglietta** (Bergamo) e **Felice A. Nava** (Verona)

ore 16.05-18.00 **PRIMA SESSIONE**

DIPENDENZE E CORRELATI PSICOLOGICI E PSICHIATRICI

Moderatori: **Giorgio Serio** (Palermo) e **Renato Durello** (Milano)

– **L'esperienza psichedelica: aspetti psicopatologici e psicoterapeutici**

Gilberto Di Petta (Napoli)

– **Vulnerabilità e dimensioni traumatiche nell'addiction**

Giuseppe Craparo (Enna)

– **Disturbi schizofrenici e addiction. Quando e come trattare**

Sergio De Filippis (Roma)

– **La dimensione depressiva nei disturbi da dipendenza. Quando e come trattare** - **Gerardo Di Carlo** (Aosta)

KEY POINTS **Roberta Balestra** (Trieste)

ore 18.00 **Letture** - Introduce: **Maurizio Fea** (Pavia)

Nuove prospettive di intervento a distanza, terapie digitali e telemedicina: il posizionamento dei SerD nella medicina del territorio
Francesco Enrichens (Roma)

GIOVEDÌ 26 ottobre 2023

ore 09.00-13.15 **SECONDA SESSIONE**

ESPERIENZE DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE NELLA PERSONALIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO PER LA DIPENDENZA DA OPIACEI

Moderatori: **Edoardo Cozzolino** (Milano) e **Lilia Nuzzolo** (Caserta)

ore 9.10 **Relazione introduttiva**

– **La gestione delle terapie agoniste: obiettivi e diritto alla salute fra sicurezza e rischio clinico** - **Marco Riglietta** (Bergamo)

– **Esperienze dei Servizi delle Dipendenze con nuove formulazioni nel trattamento della dipendenza da Oppiacei:**

■ **Stato dell'arte dell'utilizzo di Buprenorfina/Naloxone film** - **Vincenza Ariano** (Taranto) - **Giulia Audino** (Catanzaro) - **Concettina Varango** (Lodi)

■ **Stato dell'arte dell'utilizzo di Metadone compresse** - **Paolo Donadoni** (Bergamo) - **Elena Tamussi** (Concesio - Bs) - **Maurizio Campana** (Gazzaniga - Bg)

■ **Stato dell'arte dell'utilizzo di Buprenorfina Impianto**

Vincenzo Lamartora (Napoli) - **Guido Mannaioni** (Firenze)

■ **Stato dell'arte dell'utilizzo di Levometadone** - **Roberto Carrozzino** (Savona)

KEY POINTS **Roberta Balestra** (Trieste) e **Angelo Solinas** (Oristano)

– **Un nuovo strumento terapeutico per i Servizi: introduzione dell'uso della buprenorfina iniettiva depot nei Servizi per le Dipendenze. Il Progetto**

Edoardo Cozzolino (Milano) - **Alfio Lucchini** (Milano)

ore 14.10 - 16.05 **TERZA SESSIONE**

ESPERIENZE DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE NELLA PERSONALIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO PER LA DIPENDENZA DA ALCOL

Moderatori: **Bettina Meraner** (Bolzano), **Marialisa Grech** (Bologna)

– **Trattamenti farmacologici: obiettivi e indicatori di outcome**

Gianni Luca Galimberti (Monza)

– **Esperienze dei Servizi nella terapia farmacologica del paziente alcolista**

Tavola Rotonda

Paolo Marzorati (Rivolta d'Adda - Cr), **Gabriele Bardazzi** (Mugello),

Teo Vignoli (Rimini), **Cristina Lenchig** (Trieste), **Rosalba Cicalò** (Nuoro)

KEY POINTS **Alfio Lucchini** (Milano) e **Giorgio Pannelli** (Fermo)

ore 16.10-18.20 **QUARTA SESSIONE**

ESPERIENZE DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE IN TEMA DI SCREENING E TERAPIA DELLE EPATITI E DELL'HIV

Moderatori: **Roberto Calabria** (Cosenza), **Daniele Pini** (Torino)

– **Nuovi orizzonti terapeutici per il trattamento delle epatiti: focus su epatite B e Delta** - **Stefano Faggioli** (Bergamo)

– **Piano di eliminazione HCV nelle popolazioni speciali** - **Ernesto Claar** (Napoli)

– **Il trattamento dell'HIV nei consumatori di sostanze: un update**

Tullio Prestileo (Palermo)

– **Il point of care nei SerD: dagli interventi di eliminazione di HCV, alle azioni di sanità pubblica, di prossimità e di riduzione del danno**

Felice A. Nava (Verona)

– **Le professioni sanitarie nelle esperienze di fast track territoriale**

Paolo Fortuna (Monza) e **Fabio Michele Strazzella** (Padova)

KEY POINTS **Liborio Cammarata** (Novara) e **Liliana Schifano** (Monza)

VENERDÌ 27 ottobre 2023

ore 9.00 - 10.05 **QUINTA SESSIONE**

LA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO PER I SERVIZI DELLE DIPENDENZE

Moderatori: **Antonella Manfredi** (Firenze) e **Donato Donnoli** (Potenza)

– **Il dialogo con il laboratorista tossicologo sulla valutazione e gestione dei casi borderline** - **Concettina Varango** (Lodi) e **Lorenzo Cerutti** (Lodi)

– **Aggiornamento dal mondo delle N.P.S.** - **Fabrizio Lo Faro** (Ancona)

KEY POINTS **Paola Trotta** (Firenze)

ore 10.05-11.05 **SESTA SESSIONE**

L'IMPEGNO DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE NELLA PREVENZIONE E NELLA CURA DELLE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

Moderatori: **Margherita Taddeo** (Taranto) e **Francesco Sanavio** (Padova)

– **Dieci anni del Servizio Gambling on line Therapy** **Francesca Forlì** (Milano)

KEY POINTS sulla prevenzione delle dipendenze comportamentali

Maurizio D'Orsi (Napoli)

ore 11.05-12.05 **SETTIMA SESSIONE**

FORMAZIONE E RICERCA NEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

Moderatori: **Alfio Lucchini** (Milano) e **Edoardo Cozzolino** (Milano)

– **Nuovo modello di analisi per le dipendenze: riflessioni per un miglioramento dell'intervento** - **Andrea Greco** (Bergamo) e **Alberto Zucchi** (Bergamo)

– **Il Genoma Umano: la genetica ed epigenetica delle dipendenze dalla**

ricerca alla pratica clinica - **Mario Ventura** (Bari)

KEY POINTS **Stefano Burattini** (Chieti)

Presentazione del volume: **Dipendenze: il valore della formazione per una**

nuova sanità territoriale. La Scuola superiore di formazione, FeDerSerD

"Rita Levi Montalcini", di **Edoardo Cozzolino** e **Alfio Lucchini**

ore 12.05-13.15 **OTTAVA SESSIONE**

INTERVENTI PRECOCI E PROATTIVITÀ NELLA PRATICA DEI SERVIZI

Moderatori: **Roberta Balestra** (Trieste) e **Paola Sacchi** (Milano)

– **Neutravel un intervento precoce con i consumatori di sostanze nei contesti del divertimento** - **Elisa Fornero** (Torino)

– **Un modello per la Diagnosi e il Trattamento Precoce negli under 24**

Tiziana Antonini e **Daniela Barbini** (Milano)

KEY POINTS **Mara Gilioni** (Narni - Tr) e **Andrea Monculli** (Udine)

Presentazione del volume: **L'approccio proattivo e precoce nelle dipendenze.**

Obiettivi, contesti di intervento e pratiche curato da **Marco Riglietta**, **Roberta**

Balestra, **Maria Luisa Grech** e **Vincenzo Lamartora**

ore 13.15 **TAKE HOME MESSAGES** - Chiusura del XII Congresso Nazionale

FeDerSerD - **Marco Riglietta** (Bergamo) e **Guido Faillace** (Palermo)

Per info www.federserd.it · www.expoint.it

20  23

Scuola di formazione
"Rita Levi Montalcini"

FeDerSerD

2^a edizione

Per info e programma
inquadra il QR Code



FeDerSerD 20

FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

25 SETTEMBRE - 4 DICEMBRE 2023
40 ore in 10 webinar - crediti formativi ECM

**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

ALCOVER®

sodio oxibato

175 mg/ml soluzione orale • flacone 140 ml corredato di misurino dosatore • 12 flaconi 10 ml



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>



RECENSIONE



Marco Riglietta, Roberta Balestra,
Marialuisa Grech,
Vincenzo Lamartora (a cura di)

APPROCCIO PROATTIVO E PRECOCE NELLE DIPENDENZE OBIETTIVI, CONTESTI DI INTERVENTO E PRATICHE

Prefazione di Alexis Goosdeel

Codice: 231.3.7

Collana: Clinica delle dipendenze
e dei comportamenti di abuso/Manuali
euro 33,00

Editore: FrancoAngeli

I Servizi delle Dipendenze (Ser.D.) sono snodi importanti della medicina del territorio e stanno realizzando esperienze innovative per rispondere tempestivamente e in modo efficace ai bisogni di salute.

Il volume è diviso in due parti: la prima delinea le basi dell'approccio proattivo e precoce nelle dipendenze; la seconda descrive numerose esperienze territoriali, diverse per target e organizzazione, ma tutte improntate all'intervento proattivo e precoce.

Marco Riglietta, medico, specialista in geriatria e gerontologia, direttore della SC Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo. Vice direttore del comitato scientifico nazionale di FeDerSerD, presidente di FeDerSerD Lombardia e coordinatore delle UO Dipendenze di Regione Lombardia.

Roberta Balestra, medico, specialista in psichiatria, direttrice della SC Dipendenze Giuliana e dell'Area Dipartimentale Dipendenze del Dipartimento Integrato Dipendenze e Salute Mentale, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliana Isontina. Vice presidente nazionale di FeDerSerD.

Marialuisa Grech, medico, specialista in psichiatria, psicoterapeuta, direttrice della UOC Dipendenze Patologiche, AUSL Bologna. Direttrice del settore salute del Dipartimento Welfare del Comune di Bologna. Componente dell'esecutivo nazionale di FeDerSerD.

Vincenzo Lamartora, medico, specialista in psichiatria, psicoanalista. Membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana, direttore del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, ASL Napoli 2 Nord. Vice direttore del comitato scientifico nazionale di FeDerSerD.

Le istituzioni internazionali raccomandano di adottare per le politiche sulla salute un approccio combinato intersettoriale, al fine di tenere conto delle interrelazioni tra aspetti economici, sociali, sanitari e ambientali.

Il modello culturale e organizzativo reattivo/passivo della "medicina di attesa" è tuttavia ancora molto presente. La "medicina di iniziativa", invece, con un atteggiamento proattivo e attività anche di prossimità, promuove la salute individuale e di comunità, assicura una valutazione diagnostica e risposte di cura precoci. È noto, peraltro, come il ritardo nella presa in carico peggiori la situazione clinica e la prognosi, influisca sui costi sanitari e sociali, elevando i tassi di morbilità e mortalità, il carico di disagio e di sofferenza della persona e della sua famiglia.



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 2024 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL _____
INDIRIZZO (personale) _____
CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____
TEL. _____ FAX _____ CELL. _____
E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____
TITOLO DI STUDIO _____
DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____
SPECIALIZZAZIONE _____
POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____
INDIRIZZO (lavorativo) _____
TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____
PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI
IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

Chiedo

- Di essere iscritto in qualità di Socio Ordinario per l'anno 2024
 - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di socio ordinario per l'anno 2024
- a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze

_____ li ____ / ____ / ____ Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)
(allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____

Visto per approvazione: Il Presidente _____

Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Milano - Franco Angeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano
In caso di mancato recapito inviare a CMP Roserio per la restituzione al mittente previo pagamento resi.
(Edizione fuori commercio).