

65-66

Anno XVIII - giugno 2024

Sommario

EDITORIALE

Relazione annuale al Parlamento
sul fenomeno delle tossicodipendenze
in Italia 2024
Roberta Balestra 1

LE RUBRICHE

Contaminazioni
I determinanti commerciali della salute
Maurizio Fea 5

La Finestra dei consumatori
*Pinocchio e i suoi ultimi singhiozzi
di coscienza*
Teo 7

Poetry Corner/Rubrica di poesia
*Alla deriva e Ultima lettera di un suicida
modello di Salvatore Toma*
Enzo Lamartora 9

PAPER SCIENTIFICO

Un nuovo approccio per il trattamento
della dipendenza da oppiacei nel contesto
italiano. Il parere degli esperti
*Cinzia Ariano, Roberta Balestra, Pietro Casella,
Augusto Consoli, Antonio Maria Pagano,
Roberto Ranieri, Biagio Sciortino,
Lorenzo Somaini, Elena Tamussi* 10

SAGGI, STUDI E RICERCHE

FreeLudo: una piattaforma ITC innovativa
per la prevenzione primaria del Disturbo
da Gioco d'Azzardo
*Katia Pierri, Rita Cometa, Giuseppe Cavallo,
Vincenza Ariano* 16

Gruppo Parola: un percorso per promuovere
l'autoefficacia emotiva in genitori di figli
che fanno uso di Cannabinoidi
Silvia Masci, Marina Turchetto, Isa Anastasia 22

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

La complessità della certificazione
di Dipendenza da Sostanze Stupefacenti
nel contesto penitenziario italiano:
criticità e prospettive
Giovanna Crespi, Concettina Varango 30

Fentanyl – Esperienze dal fronte
Linda Daffini, Liliana Praticò, Marco Riglietta 41

Una esperienza di psicodramma analitico
al SerDP San Giovanni in Persiceto.
Un progetto di miglioramento (2019-2023)
Silvia Di Caro, Giulia Favaro 45

Generazione digitale e nuovi consumi:
monitoraggio ed ipotesi di intervento
Luca Rossi 49

IL CONFRONTO DELLE IDEE

“La formazione sulle dipendenze patologiche:
possono i Ser.D. avere una funzione didattica
vicariante nei confronti dell'Università?”
Contributo al dibattito
Emanuele Bignamini 55

RECENSIONI 6, 60

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL
OF ADDICTIONRelazione annuale al Parlamento
sul fenomeno delle tossicodipendenze
in Italia 2024

Il 25 giugno, vigilia della giornata mondiale contro l'abuso ed il traffico illecito di droga istituita nel 1987, è stata presentata a Palazzo Chigi la Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia (dati relativi al 2023). Hanno partecipato alla Conferenza stampa il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega alle politiche antidroga, Alfredo Mantovano, i Ministri della Salute, Orazio Schillaci, della Giustizia, Carlo Nordio, dell'Istruzione e del Merito, Giuseppe Valditara, il Viceministro del Lavoro e delle politiche sociali, Maria Teresa Bellucci, e la Sottosegretaria di Stato all'Interno, Wanda Ferro.

La forma editoriale è stata completamente rivisitata, appare più snella, in linea con lo stile comunicativo dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona.

Lo scenario che viene descritto si conferma molto preoccupante a tutti i livelli: il narcotraffico è fiorente nonostante l'aumento delle operazioni antidroga e dei sequestri effettuati dalle forze dell'ordine, la pericolosità delle sostanze illecite e lecite che vengono proposte è elevatissima, i costi delle sostanze sono popolari ed i canali di approvvigionamento fisici e virtuali accessibili; tra i giovanissimi sono in continua crescita i consumi sperimentativi e quelli problematici, il poli-consumo è ormai la modalità di assunzione più diffusa, è in crescita la domanda di trattamento ai Ser.D., sono aumentati gli accessi al Pronto Soccorso.

Il sistema penale è al collasso, le carceri fanno quotidianamente notizia per il livello di sovraffollamento e per le condizioni in cui versano, denunciate sia dai detenuti che dagli operatori dell'Amministrazione Penitenziaria.

Il 31 dicembre 2023 risultavano 20.515 detenuti per reati commessi in violazione della normativa sulle sostanze stupefacenti, pari al 34% dei detenuti

- **Riflessioni e analisi sull'evoluzione del concetto di dipendenza da alcol all'interno dei principali sistemi diagnostici DSM e ICD: novità e confronto tra classificazione ICD-11 e DSM-5-TR**
Giovanna Crespi, Elisa Giglio, Giovanni Luca Galimberti, Alfio Lucchini
- **Acamprosato: un 'compagno' di viaggio sicuro nella terapia alcol-correlata**
Matteo Maggi
- **Caso clinico "Maneggiare con cura!". La validità del Sodio Oxibato**
Giuseppe Fiorentino, Ruggero Merlini

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno XI, n. 40

FrancoAngeli

Mission 65-66, Italian Quarterly Journal of Addiction, Doi: 10.3280/mis65-66-2024oa18097 1

Copyright © FrancoAngeli

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

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XVIII, 2024 - N. 65-66

Fe Der Ser D

Editor in Chief

Alfio Lucchini, Milano

Scientific Board

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

Editorial Board

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

Editorial Office

CeRCo, Milano
tel. 3356612717
missionredazione@gmail.com

Proprietà: FeDerSerD

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

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

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

Chiuso in redazione il 30 giugno 2024

ISSN 3034-8986

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>



complessivamente presenti; il numero di minorenni denunciati all'Autorità Giudiziaria per reati penali droga-correlati ha visto un aumento del 10%. Il 97% dei detenuti tossicodipendenti è di sesso maschile e 1/3 è di nazionalità straniera.

Per gli addetti ai lavori possiamo dire che non ci sono sorprese, in quanto la fotografia fatta dalla Relazione restituisce a chiare lettere ciò che il mondo reale dei consumi e delle dipendenze, sempre più complesso e dinamico, propone quotidianamente ai servizi specialistici dei Ser.D. e del privato sociale.

Il sistema dei servizi per le dipendenze in Italia rappresenta un modello organizzativo apprezzato e riconosciuto a livello internazionale; in questo momento storico attraverso una fase critica, come gran parte dei servizi sanitari territoriali, a causa della carenza di investimenti di budget e di valorizzazione degli operatori.

I professionisti dei Ser.D. rispondono ad un mandato chiaro ricevuto dalle loro Aziende Sanitarie, che è quello di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze; assicurano, o meglio, cercano di assicurare in tutte le Regioni l'erogazione degli specifici Livelli Essenziali di Assistenza, nonostante sia sempre più evidente la forbice tra nord e sud del Paese.

Questa disomogeneità rischia di compromettere un'equa opportunità di accesso alle cure da parte dei cittadini.

Il paradosso è che, a fronte di una fotografia così preoccupante, così allarmante, non ci sono ancora tavoli istituzionali al Ministero della Salute dedicati al confronto con i professionisti che lavorano nei servizi specialistici per le dipendenze del SSN.

FeDerSerD li ha chiesti più volte, anche in accordo con le altre Società Scientifiche del settore.

Il tema delle dipendenze continua ad essere affrontato quasi esclusivamente secondo una logica di sicurezza pubblica e non di salute pubblica.

Servono attenzione delle istituzioni e della politica, capacità di visione, investimenti non solo economici, per garantire un *governo di sistema*, per sviluppare prevenzione e promozione della salute, cura della dipendenza e delle patologie correlate, presa in carico dei giovanissimi, riduzione dei rischi di overdose, reinserimento sociale e lavorativo, formazione professionale e ricerca scientifica, valutazione di efficacia degli interventi, sviluppo di reti interdisciplinari sanitarie e sociosanitarie, partecipazione delle persone portatrici del problema e dei loro familiari.

Nel 2023, i Ser.D. hanno assistito in totale 132.200 persone tossicodipendenti *limitandoci alle sostanze illegali* (dato in aumento rispetto all'anno precedente), con situazioni complesse di salute, presenza di comorbidità. I nuovi utenti sono 17.243.

Il numero degli operatori continua invece a scendere, arrivando a 6.082 dai precedenti 6.213 dell'anno precedente.

Il tasso di assistiti a livello nazionale è di circa 224 persone in trattamento ogni 100.000 abitanti, con un range di valori che oscilla tra 270 persone in trattamento ogni 100.000 residenti nelle regioni del nord e del centro e 147 persone delle regioni insulari.

Nel corso degli anni si registra un progressivo invecchiamento degli utenti in trattamento presso i Ser.D.: la quota degli assistiti con un'età superiore a 39 anni, che nel 1999 era l'11%, arriva al 63% nel 2023; parallelamente cala la quota degli utenti più giovani.

Questo indica che il bisogno sommerso degli under 25 potrà essere intercettato dai Ser.D. solo se si investirà in nuovi servizi, nuovi percorsi interdisciplinari specifici per l'età evolutiva.

Il 45% delle persone in carico ai servizi ha una diagnosi di Disturbo da uso di Opioidi ed è in trattamento farmacologico con agonisti; per l'80% si tratta di metadone, per il 20% buprenorfina singola o associata a naloxone.

La percentuale di utenti testati nei Ser.D. per patologie infettive correlate è del 25% (HIV, HBV e HCV); se si prendono in considerazione i cosiddetti Injecting Drug Users (IDU), la quota di utenti testati aumenta e raggiunge il 28% circa sia per il test HBV sia per il test HCV.

Nella Relazione si approfondisce tra l'altro il tema dei decessi per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti; sono stati 227 (rilevati su base indiziaria da parte delle Forze di Polizia), valore inferiore a quello dell'anno precedente (n. 298).

Si rileva che il numero dei decessi droga-correlati, molto elevato negli anni '90, è diminuito in modo costante e progressivo a partire dall'anno 2000.

Ma se da un lato la Relazione riporta il trend in decremento dei decessi per overdose, dall'altro non perde l'occasione di mettere in risalto il dato dei decessi attribuibili al metadone, che passano in 10 anni dal 6,6% (n. 13) al 18% (n. 30) sul totale dei decessi con sostanza specificata.



MOLTENI[®]
FARMACEUTICI 1892 | 2017

125



**C'È UNA VITA
DA RISCOPRIRE.**

**LASCIATI
SORPRENDERE
ANCORA.**

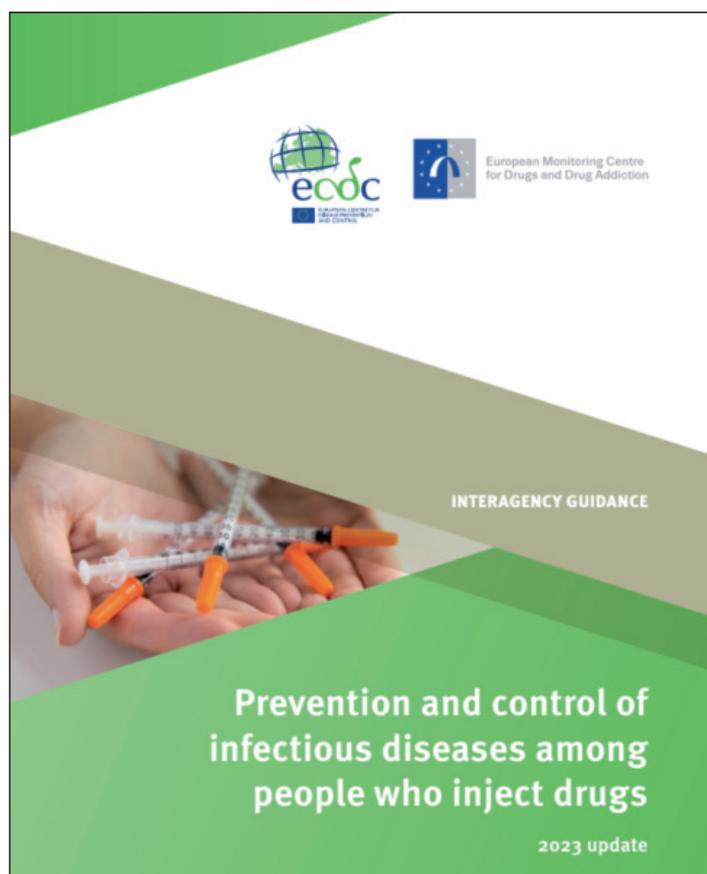
Copyright © FrancoAngeli

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

Nella realtà, il 46% dei decessi è stato attribuito agli oppiacei, principalmente eroina, il 28% a sostanze non specificate e il 23% a cocaina; ma la maggior parte dei decessi è associata al consumo di più sostanze (BDZ, alcol, psicofarmaci, altro).

Nella Relazione non si riportano gli interventi di Riduzione del Danno e i risultati ottenuti, ma la si criminalizza (si ricorda qui che la RDD è compresa nei LEA per le Dipendenze, ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/01/2017). Se come professionisti del settore, doverosamente rimaniamo ancorati ad un approccio tecnico scientifico, non possiamo che allinearci con quanto ribadito dall'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT di Lisbona) nell'ultimo Rapporto europeo sulla droga 2024: il trattamento con agonisti degli oppioidi è un intervento ormai consolidato ed attuato in tutti i paesi europei, riconosciuto come fattore protettivo contro le morti per overdose. Il metadone è il farmaco più utilizzato, circa il 56% dei pazienti, mentre il 35% dei pazienti viene trattato con farmaci a base di buprenorfina.

La crescente disponibilità di antagonisti degli oppioidi svolge un ruolo importante nella prevenzione delle overdose fatali da oppioidi. Sempre l'OEDT ha pubblicato le Linee Guida per la prevenzione ed il controllo delle patologie infettive nei consumatori di droghe per via iniettiva, che declinano diverse attività di riduzione del danno.



Vengono allegate alle Linee Guida robuste evidenze scientifiche di efficacia.

- EMCDDA (2023): Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs – Drug treatment, needle and syringe programmes and drug consumption rooms for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour.
- EMCDDA (2023): Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs: Review of mathematical modelling studies of opioid agonist treatment and needle and syringe programmes for preventing hepatitis C transmission.
- ECDC (2022): A systematic literature review of interventions to increase linkage to care and adherence to treatment for hepatitis B and C, HIV and tuberculosis among people who inject drugs.
- ECDC (2022): Summary of Expert Panel meeting discussions on interventions to increase linkage to care and adherence to treatment for hepatitis B and C, HIV and tuberculosis among people who inject drugs.
- ECDC (2022): Models of good practice for community-based testing, linkage to care and adherence to treatment for hepatitis B and C, HIV, and tuberculosis and for health promotion interventions to prevent infections among people who inject drugs.

Riteniamo importante ricordare inoltre che il recente Piano Nazionale di Prevenzione contro l'uso improprio di fentanyl e di altri oppioidi sintetici, prevede a carico del Ministero della Salute l'approvvigionamento e la distribuzione di narkan/naloxone, quale farmaco che inverte rapidamente gli effetti del fentanyl e degli oppioidi.

L'attività di riduzione del danno comprende molteplici strategie che devono essere erogate, in una logica di sanità pubblica, da tutti gli attori del sistema sanitario nazionale, in particolare dai Ser.D. e dal privato accreditato; inoltre le politiche di riduzione del danno chiamano in causa gli organismi tecnici nazionali e regionali.

Roberta Balestra
Presidente nazionale FeDerSerD
26 giugno 2024

Contaminazioni

Maurizio Fea

I determinanti commerciali della salute

Nella primavera del 2023 la rivista *The Lancet* ha pubblicato una serie¹ di articoli dedicati al tema dei determinanti commerciali della salute (CDOH-Commercial Determinants Of Health) e recentemente aggiornato² con un nuovo intervento sul tema.

L'argomento è particolarmente rilevante e di nostra pertinenza perché riferito esattamente a quelle che la letteratura medica ha cominciato a definire con il termine di malattie non trasmissibili (non-communicable diseases NCDs) entro le quali si collocano a pieno titolo tutti quei comportamenti disturbati frutto di de-aggiamenti comportamentali che nel nostro campo abbiamo cominciato a denominare dal 1990 Behavioural Addiction³.

La rivista ha promosso uno sforzo collettivo di illustri professionisti allo scopo di precisare meglio e possibilmente definire in modo consensuale molti dei concetti e delle categorie utilizzate nello sviluppo della riflessione, che non appartengono al linguaggio medico professionale, né a quello più generico della salute.

Nel glossario utilizzato per l'elaborazione di testi, per esempio vi è anche una definizione di *capitalismo*, e di altri concetti e categorie non tipiche dell'ambiente sanitario.

Gli autori di questa complessa iniziativa non usano categorie generiche né troppo specifiche di determinate discipline che potrebbero risultare poco comprensibili ai più, ma sono rigorosi nella cura del linguaggio e delle definizioni.

Dicono dunque gli autori di questo progetto che sebbene le entità commerciali possano contribuire positivamente alla salute e alla società, vi sono prove crescenti che i prodotti e le pratiche di alcuni attori commerciali – in particolare le più grandi multinazionali – sono responsabili dell'aumento dei tassi di malattie evitabili, danni planetari e disuguaglianze sociali e sanitarie; questi problemi vengono sempre più definiti *determinanti commerciali della salute*.

L'emergenza climatica, l'epidemia di malattie non trasmissibili e il fatto che solo quattro settori industriali (ovvero tabacco, alimenti ultra-processati, combustibili fossili e alcol) rappresentano già almeno un terzo dei decessi globali illustrano la portata e l'enorme costo economico del problema. "Questo articolo (ivi), il primo di una serie sui determinanti commerciali della salute, spiega come lo spostamento verso il fondamentalismo del mercato e le multinazionali sempre più potenti abbia creato un sistema patologico in cui gli attori commerciali sono sempre più in grado di causare danni ed esternalizzare i costi per farlo. Di conseguenza, man mano che aumentano i danni alla salute umana e planetaria, aumentano la ricchezza e il potere del settore commerciale, mentre le forze che devono far fronte a questi costi (in particolare individui, governi e organizzazioni della società civile) si impoveriscono e perdono potere o vengono catturate dagli interessi commerciali" (*traduzione mia*).

Questo squilibrio di potere porta all'inerzia politica; sebbene siano disponibili molte soluzioni politiche, queste non vengono implementate.

I danni alla salute stanno aumentando, lasciando i sistemi sanitari sempre più incapaci di farvi fronte.

I governi possono e devono agire per migliorare, anziché continuare a minacciare, il benessere delle generazioni future, lo sviluppo e la crescita economica.

In effetti, **sono le pratiche e non solo i prodotti** delle grandi entità commerciali che possono danneggiare la salute e ampliare le disuguaglianze sia all'interno che tra i paesi.

L'influenza e lo sfruttamento da parte delle entità commerciali di standard normativi e di applicazione più deboli nei paesi a basso e medio reddito (LMIC) contribuisce alle disuguaglianze nell'uso non salutare dei prodotti, nei danni ambientali e nella sicurezza sul lavoro tra paesi.

Nonostante il crescente riconoscimento di questi problemi, scrivono gli autori, non esiste ancora una definizione o concettualizzazione chiara e accettata del CDOH.

Alcune definizioni si concentrano strettamente sul modo in cui specifiche entità commerciali guidano il consumo e l'uso di beni malsani.

Altre definizioni sono più ampie e riconoscono molti altri modi in cui l'attenzione al profitto danneggia la salute, indipendentemente dal settore industriale.

Il modello elaborato da *The Lancet* con grafici eloquenti e precise articolazioni, spiega come la cattiva salute determinata dal commercio sia il risultato di un sistema patologico in cui le entità commerciali dominanti sono in grado di influenzare norme e valori sociali, sistemi politici ed economici, politiche, ambienti, redditi e comportamenti.

Man mano che i danni alla salute derivanti da questo sistema aumentano, la capacità di affrontarli diminuisce poiché i governi, le organizzazioni e gli individui necessari per responsabilizzare gli attori commerciali sono sempre più impoveriti, impotenti o catturati dagli interessi di un settore commerciale sempre più potente.

"Ma queste entità commerciali sono spesso abilitate anche dai governi e dalle organizzazioni intergovernative che dovrebbero responsabilizzarle, come parte di un sistema politico ed economico globale che privilegia un'élite sempre più ricca e ristretta a scapito dei molti" (ivi).

Rimando alla lettura dei numerosi articoli disponibili online (*ibidem* 1-2) e mi limito qui a fare alcune considerazioni sulla letteratura medica italiana e specifica del nostro settore.

In generale i professionisti della salute non amano ricordarsi che gran parte delle attuali malattie che rendono difficile la vita nei paesi ricchi non hanno origine infettiva e non sono trasmissibili; l'epidemia di Covid ha dato un forte contributo a questo modo di interpretare il ruolo e la funzione della medicina e forse ci saranno sequele analoghe tra non molto.

Ma per coloro che si occupano della salute mentale delle persone dovrebbe essere chiaro che non è possibile continuare ad eludere la funzione svolta da tutte quelle "entità commerciali" nel

danneggiare la salute ed ampliare le disuguaglianze, mediante la creazione di un sistema patologico in cui queste entità dominanti sono in grado di influenzare norme e valori sociali, sistemi politici ed economici, politiche, ambienti, redditi e comportamenti. Non solo tabacco, alimenti ultraprocesati e alcolici, ma le tecnologie computazionali su cui si basano gli strumenti più diffusi al mondo come i cellulari, o le industrie del gioco d'azzardo, sono entità commerciali che usano abilmente le azioni di marketing per sollecitare fino all'esaurimento mediante l'apprendimento associativo, i meccanismi biologici di ricompensa e rinforzo degli esseri umani.

Ognuno sta facendo la sua parte con passione e scrupolo: gli avvelenatori⁴ inventando sempre nuove modalità per catturare e tenere ancorati i clienti, i sistemi sanitari cercando di "curare" con scarso successo i danni causati dagli avvelenatori.

Siamo dunque complici di questo colossale imbroglio se continuiamo ad esaminare con acribia la miriade di comportamenti malati e situazioni deragliate, al solo scopo di classificare ed emettere sentenze diagnostiche che talora non hanno neppure un equivalente terapeutico, senza neppure interrogarci sulle reali cause di questo generale ammaloramento dei cervelli.

Le risorse pubbliche per la salute sono e saranno sempre meno

e non serve chiedere aumento di fondi se poi vengono sprecati per curare malattie e danni la cui fonte è perennemente attiva. Quindi due sole possibilità: gli avvelenatori smettano di inquinare, che sarebbe l'opzione migliore ma difficilmente praticabile nel contesto economico finanziario entro cui operiamo tutti noi, oppure che paghino i danni prodotti dalla loro attività tossica con sostanziosi supporti ai servizi sanitari.

Ovviamente sono indirizzi e soluzioni forse praticabili, a condizione che i professionisti della salute facciano la loro parte smettendo di colludere con la richiesta di asciugare il mare con un secchiello, che forse è anche bucato.

Note

1. *The Lancet* 2023; 401: 1194-213 Published Online March 23, 2023 Doi: 10.1016/S0140-6736(23)00013-2.

2. Published Online May 30, 2024. Doi: 10.1016/S0140-6736(24)01128-0.

3. Marks I. (1990). Behavioural (non chemical) Addiction. *B.J.A.*

4. Counts N.Z., Avula D., Vasan A. (2024). Unregulated social media as a toxin: New York City's public health action. *Lancet Psychiatry*. Published Online April 15, 2024. Doi: 10.1016/S2215-0366(24)00072-5.

RECENSIONE



Mauro Di Lorenzo

GIOVANI ADULTI IN CRISI. COMPRENDERE E AFFRONTARE GLI OSTACOLI NEL PERCORSO FORMATIVO

Collana: Adolescenza, educazione

e affetti

pp. 198

euro 27,00

Editore: FrancoAngeli

frontare i compiti di crescita. In particolar modo, analizza le motivazioni affettive ed evolutive delle difficoltà nel realizzare progetti formativi efficaci. Approfondisce inoltre il ruolo affettivo dei giovani universitari e i profili di quelli che si bloccano durante i percorsi di studio: da chi procrastina o pretende da sé una perfezione inarrivabile a chi permane in una eterna indecisione o viene pervaso da fantasie anche violente o autolesive, che segnalano l'impossibilità di superare questi ostacoli.

Per comprendere e intervenire sui blocchi nel percorso formativo non basta ascoltare i giovani, ma occorre allargare lo sguardo anche al loro contesto e in particolare ai loro genitori.

Anche grazie alla presentazione di numerosi casi esemplificativi tratti dall'esperienza dell'autore, il volume fornisce ai terapeuti e agli operatori che incontrano giovani adulti in crisi, ma anche ai loro familiari, utili indicazioni per aiutarli a ripartire nel loro percorso di crescita.

Mauro Di Lorenzo è psicoterapeuta e socio dell'Istituto Minotauro di Milano, dove coordina il gruppo clinico che si occupa di giovani adulti e adulti ed è membro dell'équipe psicologica dei servizi della giustizia minorile. È direttore della Scuola di specializzazione in Psicoterapia dell'adolescente e del giovane adulto del Minotauro e professore a contratto di Psicodiagnostica e test presso l'Università degli Studi di Pavia.

La Finestra dei consumatori

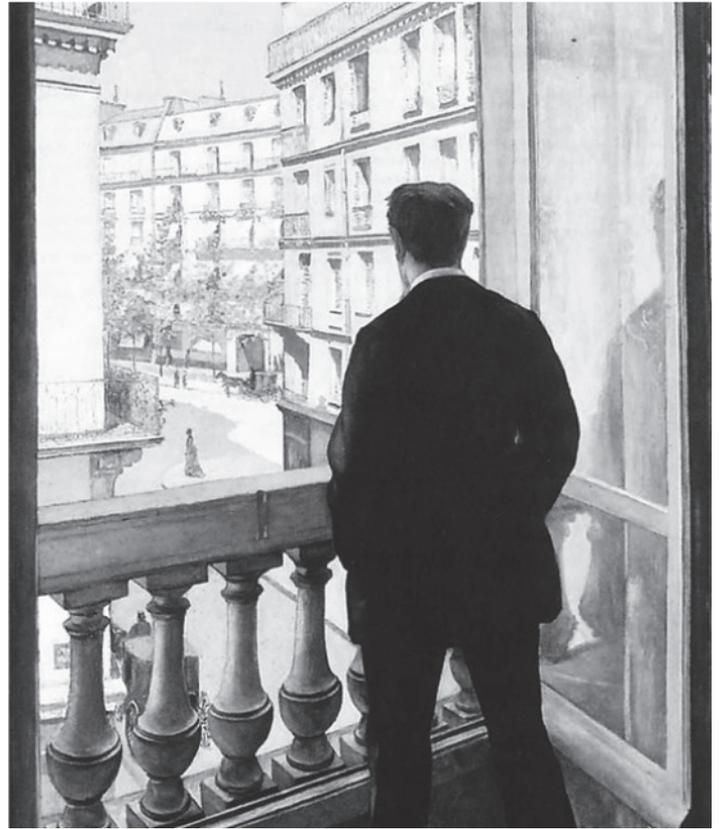
Questa rubrica è uno spazio riservato ai contributi, alle osservazioni, alle storie narrate in prima persona da chi si è trovato a frequentare i servizi per le dipendenze a causa dei propri problemi di salute.

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

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

Pinocchio e i suoi ultimi singhiozzi di coscienza

Che vada a fare in culo la Fata Turchina
 Che poi la amo
 È che mi è andata per traverso quella cosa di diventare vero
 La verità fa schifo
 Dicono che ho mostrato bravura, coraggio e disinteresse
 Film del cazzo quello
 Il libro è pure peggio
 Io ero solo io
 E non è poco
 Neppure molto
 Ero di legno
 Ma avevo un'anima
 Forse spirito
 Che poi è solo quella cosa di muovere le cose senza il corpo
 Sta cosa la fanno sia Gesù che i tetraplegici
 Solo Plotino ne parla bene
 Non ho mai voluto essere Gesù e neppure un tetraplegico
 Non per umiltà
 È che non volevo condividere le loro sfighe
 Checché se ne dica
 Di loro comprendo solo quelle
 Gli eroismi li ho sempre lasciati agli altri
 Come fanno tutti i bambini veri
 Volevo essere mediocre
 Col senno di poi
 Di quelli che fanno la cosa giusta
 E che nessuno li ringrazia
 Che fanno una cosa a caso
 E nessuno li ringrazia
 E che fanno silenzi epici
 E che di tanto in tanto se ne vantano
 A Natale
 Ai pranzi
 A letto
 Niente
 Non è andata
 Ero di legno
 Faccio il diavolo a quattro
 Ma solo per amore
 Scivolo eroicamente e mi consegno alla leggenda
 Divento bambino vero
 Quel senso di compiutezza durò 38 secondi
 Fui carne
 Entusiasmo
 Poi scoramento
 Cazzo, morirò!
 Ma vivrò
 Poi morirò
 Mi frammentai



Ai primi pruriti
 Che mai da legno provai
 Ero solo entusiasmo
 Ero solo scoramento
 Ero solo entusiasmo
 Ero solo scoramento
 Ero solo
 Sentii il sangue scorrermi dentro
 Capii che si divide in due gruppi
 Il mio e quello degli altri
 Grillo dimmerda
 Che a farci sentire in colpa sono buoni tutti
 Tutti sanno che fare senza le pulsioni
 Del corpo
 Era solo un cazzo di grillo
 Antropomorfo
 La caricatura della caricatura del peccato originale
 Grazie al cazzo che è originale
 Come il mio non ce l'ha nessuno
 Lo chiamerei "peccato peculiare"
 Parlami piuttosto del peccato condiviso
 Banale
 Sociale
 Che quello lo capisco
 E poi so cosa votare
 Non farmi filippiche che le soffro e basta
 Che a saper il da farsi lo avrei già fatto, no?
 Idiota
 Devo sperimentare la volontà
 Specie nel dolore
 Altrui
 Per assumermi il peso del male
 La mia parte che sta più sul cazzo
 Mi grattai fino a scoprire le ossa
 Sopportai il dolore
 Era nuovo
 Mi concentrai

Mi riconobbi
 Nel mandato alla vita di quel buon uomo di mio padre Geppetto
 Un uomo solo
 Che mi ebbe dal dolore
 Senza partorirmi
 Fui frutto di una solitudine Inconsolabile
 Non lo consolai neppure con l'atto più magico al mondo
 E p... c... se la mia venuta al mondo non fu magica!!!
 Eppure certe solitudini non si fanno convincere neppure dai miracoli
 Chi ti dà il mandato alla vita?
 Quegli stronzi che ti mettono al mondo
 Una vita a consolarli
 Non funziona
 E poi registri che i dolori sono inconsolabili
 Sono solo maledizioni
 Ci sta
 A dir il vero quando lo salvai dalla balena
 Mi fu grato
 Tuttavia se non avessi fatto la t... di c...
 Dentro alla balena non ci sarebbe finito
 Mi feci sintomo
 Lui preoccupazione
 Non risolvemmo nulla
 Diventai bambino vero, però
 Lieti fine di merda
 A restar di legno facevo un affare
 Nessuno guarì
 Lui poi morì
 L'ho visto
 Sembrava di legno come me lo mi feci carne
 Sembravo uno stronzo come lui
 Volevo essere altro
 Fu la che smisi coi vezzeggiativi
 Provai quella cosa di farmi asino
 Cercai Lucignolo
 Lo trovai
 Tramite un parente ammanicato col cocchiere
 Non mi interessava più
 Era già fottuto
 Mi piaceva quell'ibridanza
 Dove sei uno stronzo che se ne fotte del futuro
 Ma hai ancora sembianze umane
 Ero un bambino vero
 E noi bambini veri vogliamo sempre essere in forma
 Per chiavarci il futuro ad alti livelli
 È che il futuro chiava con tutti
 Ma si affeziona a pochi
 Figlio di puttana
 Cominciai a bere per dimenticarmi
 Del fatto che bevevo
 Cominciai poi a drogarmi per dimenticare
 Che un giorno sarei morto
 Senza incontrare
 Sto rinomato futuro
 Ci sta
 Poi smisi
 In uno dei miei slanci
 Frammentati
 Di entusiasmo
 Il grillo ritornò
 Grazie al cazzo che vuoi tornare quando ho smesso
 Nessuno vuole stare vicino ad un tossico
 Mentre esercita la sua funzione
 Ah!
 Altra cosa dell'essere veri
 Vuoi scopare
 Sempre
 Comunque
 Qualsiasi cosa
 Ho fatto veramente schifo
 È che il mio schifo ho imparato a sopportarlo
 La complessità sta nello schifo degli altri
 Ma lo sanno
 Non è quasi mai stato un problema quello
 È che quando scopavo
 Il grillo guardava
 Credevo fosse per il mio bene

Era solo un porco maledetto
 Carne maledetta
 Solo pruriti
 Novità assoluta
 Che goduria a grattarmi però
 Fino a scavare la carne
 A sanguinare
 Per capir di essere vivo
 E rassicurarmi di esserlo
 Magra consolazione
 Se si è condannati alla morte
 All'abbandono
 Geppetto via
 La stronza della fata via pure quella
 Il grillo se n'è andato, non poteva affossarsi con me
 Lucignolo era il mio role model, pure lui via
 Mangiafuoco?
 Un dilettante, io nella sua condizione avrei fatto pure peggio
 Il Gatto e la Volpe?
 Potessi rivederli oggi mi misurerei con loro solo adoperandomi
 Nella cattiveria che ho accumulato
 Me li fotterei come stanno
 Temo solo il cocchiere
 Quello è di un'altra fatta
 Le cose non umane mi spaventano
 È tipico di noi bambini veri
 Mi difesi con la verità
 Per sentirmi vero
 Ne mangiai troppa e troppo velocemente
 Mi andò di traverso
 In fondo una volta ero di legno
 Certi automatismi ti restano
 Tipo non ritenere fondamentale quella cosa di respirare.
 Figurarsi a nutrire il corpo
 Per com'ero messo
 Mi prese un singhiozzo
 Passerà, pensai
 Passerà, pensai
 Passerà, pensai
 Dopo 10 anni
 Mi rassegnai
 Passerò, pensai
 Passerò, pensai
 Passerò, pensai
 Comprai una Beretta
 Da quel magnanimo di Mangiafuoco
 Ho limato sul prezzo
 Singhiozzando che in fondo io ero peggio di lui
 E che se fossi guarito
 Lo avrei cercato
 E lo avrei sventrato con le mie mani
 Con ogni mezzo possibile
 Gli ho giurato che mai sarebbe stato tranquillo
 E che se l'ho fregato quand'ero una bambino di legno
 Ingenuo
 E innamorato della vita
 Figuriamoci adesso
 Questa messa in scena più 300 euro
 Bastarono e avanzarono per quella Beretta.
 Ora singhiozzi di coscienza
 In testa
 Ultimi istanti
 Carico il cane della pistola
 Guardo dentro la canna
 M'immagino dal fondo veder corrermi incontro
 Me stesso bambino reale
 Di legno
 Non vero
 Prego Collodi si perdoni
 Più di quanto io sia riuscito a far con me stesso

 Addio verità
 Addio carne
 Addio singhiozzo.

Teo, di Androna Giovani, ASUGI, Trieste

Poetry Corner/Rubrica di poesia

Enzo Lamartora

Salvatore Toma nasce l'11 maggio 1951 a Maglie, in provincia di Lecce in una famiglia di fiorai. Frequenta il liceo classico, ma interrompe presto gli studi. In vita pubblica sei raccolte di poesie, dal 1970 al 1983: *Poesie*, *Ad esempio una vacanza*, *Poesie scelte*, *Un anno in sospenso*, *Ancora un anno* e *Forse ci siamo*. Secondo quanto riportato da Maria Corti in *Canzoniere della Morte*, muore suicida nel 1987. Nel 2020 è uscito, per Musicaos Editore, *Poesie (1970-1983)*. Il volume *Ancora un anno*, edito da Capone nel 1981, contiene molti dei testi raccolti dalla stessa Corti.

Qui di seguito, due delle sue più belle, intense e apprezzate poesie.

Alla deriva

Alla deriva
c'è soprattutto il mare
il mare vero
l'annientante malinconia
delle alghe morte
alla deriva
ci sono sogni della sera
le ultime voci
dei fondali profondi.
Non posso esser vivo
e ricordare i morti
non voglio esser vivo
se devo ricordare i morti
da vivo non si vive
se ci accompagnano i morti
e l'ossessione della loro
esistenza.
Alla deriva
c'è invece il mare
il mare aperto infinito
alla deriva
c'è finalmente la vita
filtrata digerita
c'è la leggerezza
del corpo vuoto.

Ultima lettera di un suicida modello

A questo punto
cercate di non rompermi i coglioni
anche da morto.
È un innato modo di fare
questo mio non accettare
di esistere.
Non state a riesumarmi dunque
con la forza delle vostre certezze
o piuttosto a giustificarmi
che chi s'ammazza è un vigliacco:
a creare progettare ed approvare
la propria morte ci vuole coraggio!
Ci vuole il tempo
che a voi fa paura.
Farsi fuori è un modo di vivere
finalmente a modo proprio
a modo vero.
Perciò non state ad inventarvi
fandonie psicologiche
sul mio conto
o crisi esistenziali
da manie di persecuzione
per motivi di comodo
e di non colpevolezza.
Ci rivedremo
ci rivedremo senz'altro
e ne riparleremo...
Addio bastardi maledetti
vermi immondi
addio noiosi assassini.

Un nuovo approccio per il trattamento della dipendenza da oppiacei nel contesto italiano. Il parere degli esperti

Cinzia Ariano*, Roberta Balestra**, Pietro Casella***, Augusto Consoli****, Antonio Maria Pagano*****, Roberto Ranieri*, Biagio Sciortino**, Lorenzo Somaini***, Elena Tamussi****

Introduzione

La presente pubblicazione riporta i risultati di un confronto tra esperti nel settore del disturbo da uso di oppioidi (DUO), finalizzato a rilevare punti di forza, criticità ed opportunità dell'introduzione di una formulazione settimanale e/o mensile di buprenorfina (BPN) depot, con somministrazione sottocutanea, nella pratica clinica italiana, all'interno dei diversi setting di cura.

Si tratta di una nuova formulazione che grazie all'innovativo sistema di rilascio FluidCrystal consente livelli plasmatici stabili paragonabili a quelli della BPN giornaliera sub-linguale o film, nell'arco di una settimana (8, 16, 24 e 32 mg) o un mese (64, 96, 128 e 160 mg).

Dopo la somministrazione sottocutanea, il sistema di rilascio gelifica a contatto con i fluidi corporei intrappolando al suo interno la buprenorfina permettendo un rilascio prolungato e programmato nel tempo. Le formulazioni depot di buprenorfina, proprio perché iniettabili, ad oggi rappresentano le uniche in grado di arginare se non eliminare del tutto i fenomeni di *misuse* e di diversione che caratterizzano le formulazioni orali di buprenorfina.

Epidemiologia della dipendenza da oppiacei

In Italia si stima siano in trattamento per dipendenze patologiche circa 250.000 utenti (OISED, 2023): tra questi, quelli con dipendenza da sostanze psicoattive rappresentano i due terzi della casistica (65,9%), seguono gli alcolisti (24,6%), quelli con dipendenza da gioco d'azzardo patologico (6,0%), da tabacco (3,0%) e poi da altre forme di dipendenza, quali internet, social, sex addiction, ecc. (0,3%).

* Direttore Dipartimento delle Dipendenze ASL Taranto.

** Direttrice Area dipartimentale dipendenze – ASUGI e Presidente Nazionale FeDerSerD.

*** Direttore f.f. UOC Dipendenze - DSM - ASL Roma 1.

**** Presidente SITD Società Italiana Tossicodipendenze.

***** Responsabile UOSD Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale, ASL Salerno.

• Responsabile unità operativa Sanità Penitenziaria Regione Lombardia.

•• Presidente Nazionale Intercear Coordinamento delle Comunità Terapeutiche e Servizi alla persona.

••• Direttore Dipartimento Interaziendale Patologia delle Dipendenze, S.C. Ser.D ASL Biella.

•••• Direttore Sanitaria S.M.I. Gli Acrobati, Concesio – Brescia.

La maggior parte dei pazienti (85,8%) è in carico presso i servizi pubblici del SSN (Ser.D.); il 14,2% presso i servizi del privato sociale (comunità terapeutiche, servizi ambulatoriali accreditati - Servizi Multidisciplinari Integrati, SMI). Soffermando l'attenzione sulla dipendenza da sostanze psicoattive, secondo le stime elaborate da OISED, risultano presi in carico 150.818 utenti, ovvero circa il 20% dei consumatori non occasionali di sostanze psicoattive: 127.365 dal Ser.D. (comprensivi di circa 20.000 utenti residenti in carcere o in strutture del privato sociale), 12.817 dal privato sociale e 10.636 da strutture carcerarie (Rapporto OISED 2023); oltre il 60% di quelli in carico ai Ser.D. presenta una dipendenza da oppiacei.

Fig. 1 - Distribuzione utenti per tipologia di sostanza d'abuso

Tipo di sostanza primaria	Quota utenti in carico ai Ser.D. (%)
Oppiacei	62,9
Cocaina	24,5
Cannabinoidi	11,3
Altre sostanze (ipnotico-sedativi, stimolanti, allucinogeni o inalanti volatili)	1,3

Fonte: Flusso SIND, Ministero della Salute

Si tratta di un'utenza per il 92,6% italiana e prevalentemente in età attiva: circa il 68,5% si concentra nella fascia d'età 25-54 anni.

Il fenomeno della dipendenza da sostanze psicoattive interessa circa un terzo della popolazione carceraria, ed un terzo di questi (5.323 detenuti) ha un DUO; di questi 2.642 sono in carico presso il Ser.D. (Relazione DPA 2022).

Nelle realtà del privato sociale, a fronte di 26.633 utenti in carico, il 29% ha un disturbo da uso di oppioidi (Relazione DPA 2022).

In sintesi, si stima che complessivamente in Italia ci siano circa 90.000 soggetti con un disturbo da uso di oppioidi: l'89% è preso in carico dai Ser.D., il 5,8% è in carcere ed il restante 5,2% nelle strutture del privato sociale (comunità terapeutiche, ecc.).

Secondo quanto riportato nel flusso ministeriale SIND, presso i servizi pubblici operano 6.213 persone dedicate alla dipendenza da sostanze psicoattive, con una progressiva riduzione negli ultimi anni (-19,6% rispetto al 2015); per il 32,4% si

tratta di personale infermieristico, per il 21,3% di personale medico, per il 15,1% psicologi, per il 13,9% assistenti sociali, per il 10,6% educatori professionali, per il 4,1% personale amministrativo, ed il restante 2,6% altre figure professionali.

Aspetti organizzativi ed economici della presa in carico

La presa in carico degli utenti con DUO avviene presso i Ser.D., e prevede molteplici interventi nella prima fase di valutazione diagnostica, tra cui lo screening tossicologico con esami su matrice urinaria e/o cheratinica. In base alla situazione clinica rilevata viene formulato un programma terapeutico-riabilitativo personalizzato. Gli interventi comprendono trattamenti medico-farmacologici associati a trattamenti psicologici/psicoterapeutici, riabilitativi di reinserimento socio-lavorativo. Secondo i dati del Flusso ministeriale SIND, il 76,1% degli utenti riceve prestazioni farmacologiche, l'11,6% sanitarie (visite, ecc.), il 7,1% psicosociali, il 5,2% altro e lo 0,1% inserimento in comunità.

Le varie tipologie di trattamento possono essere effettuate direttamente dai Ser.D. o da strutture del privato sociale accreditato. Nel caso di soggetti incarcerati, il Ser.D. territorialmente competente effettua la valutazione clinica del detenuto con disturbo da uso di oppioidi provvedendo alla prescrizione del trattamento farmacologica. Generalmente, il trattamento farmacologico viene erogato dagli operatori delle Sanità Penitenziaria a cui spetta la supervisione della somministrazione del trattamento. In alcune carceri di grandi dimensioni, la presenza di un Ser.D. interno al carcere permette la somministrazione e la supervisione dell'assunzione da parte degli operatori Ser.D.

Nelle comunità terapeutiche, non essendo nella maggior parte delle realtà presente personale sanitario, i trattamenti farmacologici vengono affidati dai Ser.D. di riferimento territoriale ai pazienti o a terzi, su delega del paziente stesso, sebbene la assunzione avvenga con supervisione da parte dell'operatore sociale della comunità.

Nel carcere il 56,0% delle prestazioni erogate è di tipo farmacologico, il 22,0% psicosociale, l'11,8% sanitarie (visite, ecc.) ed il 10,1% altro tipo di prestazioni.

Nelle comunità terapeutiche il 42,9% delle prestazioni sono di tipo psicosociale, il 36,1% sanitarie (visite, ecc.), l'8,7% di inserimento in comunità e altro, ed il 3,5% farmacologiche.

I farmaci agonisti utilizzati nei Ser.D. sono quelli indicati per il trattamento del DUO: il metadone, la buprenorfina, la buprenorfina in associazione al naloxone ed il levometadone. Il metadone, un agonista totale degli oppioidi, risulta essere il farmaco più comunemente impiegato (circa nell'80% dei casi) nelle terapie del DUO (EMCDDA, Relazione Europea sulla droga 2019), sia per il trattamento di disassuefazione sia per il trattamento protratto. Si presenta in due formazioni: sciroppo cloridrato e compresse.

La buprenorfina, un agonista parziale degli oppioidi, assunta per via orale attraverso compresse o film sublinguali, viene utilizzata nel 17% della casistica (EMCDDA, Relazione Europea sulla droga 2019), soprattutto in associazione con il naloxone (antagonista degli oppioidi).

Il levometadone cloridrato, di recente introduzione, ha un'emivita più lunga rispetto al metadone, ed è utilizzato per la

terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi negli adulti, presentando una sicurezza cardiovascolare superiore a quella del metadone.

I farmaci agonisti per il disturbo da uso di oppioidi possono essere associati a farmaci per il trattamento di comorbidità psichiatriche (antidepressivi, antipsicotici, ansiolitici, ipnotici e antiepilettici) o a farmaci per il trattamento di altre patologie internistiche correlate (es. patologie infettive) o per il trattamento sintomatico dell'astinenza.

Nell'ambito dei farmaci agonisti ad oggi disponibili in Italia, recentemente è stata introdotta la formulazione depot di buprenorfina. Le formulazioni depot sono già ampiamente utilizzate in molti ambiti della medicina (malattie infettive, metaboliche, terapia del dolore, salute mentale, ecc.), per gli aspetti positivi che presentano.

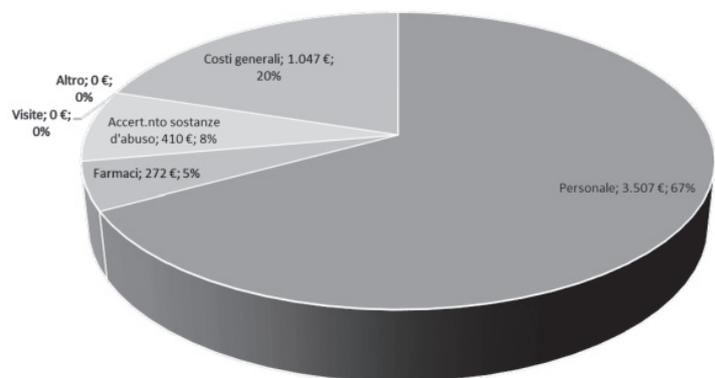
In termini economici il fenomeno della dipendenza da sostanze psicoattive genera un costo complessivo annuo per il Paese di € 7 mld (Rapporto OISED). La presa in carico da parte dei Ser.D. e/o del privato sociale rappresenta appena il 20% (€ 1,41 mld) del costo; il 58% del costo totale è attribuibile alle patologie droghe-correlate, ai decessi per overdose e all'assistenza ospedaliera conseguente agli eventi avversi da *misuse*, ecc.; il 22% (€ 1,54 mld) all'ordine pubblico e alla gestione degli illeciti amministrativi e/o reati, e alla detenzione.

Dei costi di presa in carico di tale tipologia di pazienti, € 1,4 mld., i Ser.D. ne rappresentano il 65,4% ed i servizi del privato sociale il 34,6%. Nei Ser.D. il 67,0% del costo è relativo al personale, il 5,2% ai farmaci, il 7,8% agli esami per screening tossicologico delle sostanze di abuso.

Il costo medio annuo di un paziente con dipendenza da sostanze psicoattive in trattamento presso i Ser.D., è pari a € 5.236,0: il 67,0% del costo è per il personale (€ 3.507,0), il 7,8% per lo screening delle sostanze d'abuso (€ 410), il 5,2% per farmaci (€ 272), il restante 20% è per i costi generali del servizio.

Nel caso di presa in carico in strutture residenziali del privato sociale il costo medio annuo sostenuto per ogni utente è pari a € 23.471.

Fig. 2 - Costo medio annuo assistenza sanitaria utente con dipendenza da sostanze psicoattive: valore e composizione



Fonte: Rapporto OISED 2023

Metodologia

Al fine di raggiungere l'obiettivo dello studio, ovvero individuare punti di forza ed opportunità dell'introduzione di una

formulazione depot di buprenorfina, nella pratica clinica italiana, anche in funzione delle diverse tipologie di setting assistenziale, è stato costituito un board scientifico, composto da clinici ed operatori sociali, autori della presente pubblicazione operanti in strutture pubbliche e private coinvolte nella gestione degli utenti con DUO, in diverse realtà italiane: Ser.D., strutture carcerarie e comunità terapeutiche, SMI. Il board si è riunito tre volte, due in presenza ed una a distanza, e con il supporto di un moderatore, ha individuato punti di forza ed opportunità dell'introduzione nella pratica clinica italiana di una formulazione depot, mensile o settimanale, a base di buprenorfina, per il trattamento del DUO. Sono stati evidenziati distintamente aspetti clinici, organizzativi/gestionali ed economici. Inoltre, al fine di fare emergere anche peculiarità proprie di alcuni setting assistenziali, sono stati costituiti due gruppi di lavoro: uno composto da esperti afferenti a Ser.D. e carcere, ed uno con esperti afferenti a Ser.D., Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI) e Comunità Terapeutiche.

L'*advisory board* ha inoltre indicato delle azioni che sarebbe auspicabile introdurre per massimizzare i benefici dell'introduzione di tale nuova formulazione nel trattamento dei soggetti con DUO.

Risultati

Il confronto tra i componenti del board scientifico ha fatto emergere una serie di vantaggi e di opportunità, ma anche possibili criticità, associate all'introduzione nella pratica clinica italiana della formulazione depot di buprenorfina. Gli esperti, nella definizione dei diversi aspetti, hanno fatto riferimento alla letteratura disponibile, riportata per ciascuno di essi. Di seguito si riporta quanto emerso relativamente ai diversi ambiti considerati: clinico, organizzativo/gestionale ed economico. Inoltre, per gli aspetti organizzativo/gestionali è stato effettuato un focus per l'ambito carcerario e per quello delle comunità terapeutiche.

Aspetti clinici

Da un punto di vista clinico, l'introduzione della formulazione depot a base di buprenorfina porterebbe vantaggi ed opportunità nella gestione del trattamento del DUO, quali:

- **Certezza dell'assunzione della terapia.** La formulazione depot garantisce che il paziente assuma la terapia prescritta, con un livello di aderenza superiore anche rispetto a quello che potrebbe essere garantito da un'assunzione supervisionata da parte di un operatore o all'autosomministrazione da parte del paziente.
- **Azzeramento della diversione e misuse.** La formulazione BPN depot sottocutanea esclude gli scenari di affidamento della terapia al paziente da parte dei servizi, che potrebbero comportare un rischio di cessione a terzi delle terapie, quindi con riduzione dei fenomeni di diversione, e di utilizzo improprio (ad esempio utilizzo delle compresse per via iniettiva) quindi di *misuse* con conseguente riduzione delle complicanze sanitarie ed accesso ai servizi sanitari (Walsh *et al.*, Riglietta *et al.*, Parida *et al.*; Wright *et al.*, Reimer *et al.*).

- **Flessibilità/intercambiabilità delle formulazioni farmaceutiche,** intesa da un lato come opportunità per il paziente di passare facilmente da una terapia con buprenorfina orale ad una a rilascio prolungato e viceversa (Middleton *et al.*, Lofwall *et al.*, Frost *et al.*), dall'altro come possibilità di modulare il tempo di somministrazione: è utile, a tale scopo evidenziare a titolo di esempio, che la somministrazione mensile di BPN depot può essere anticipata o posticipata di una settimana rispetto al punto temporale programmato. Tale formulazione può consentire pertanto un migliore adattamento alle varie esigenze cliniche e fasi di malattia e vita del paziente (viaggi, lavoro, ecc.).
- **Potenziale riduzione del rischio di overdose.** Rispetto all'attuale trattamento standard, ovvero le formulazioni orali di buprenorfina, si può prevedere come la formulazione depot di buprenorfina, in virtù della certezza della assunzione e della stabilità dei livelli plasmatici a cui corrisponde una copertura recettoriale prolungata nel tempo, possa proteggere i pazienti da eventuali episodi di overdose legati alla assunzione esogena di altri oppioidi (EMA, Buvidal Public Assessment Report). Inoltre, il rischio di episodi di overdose nei pazienti è massimo nei primi quindici giorni dopo la dimissione da ambienti protetti quali il carcere, le comunità terapeutiche, gli ospedali, ecc., soprattutto se il paziente si trova in una condizione di *drug free*. In tali casi, infatti, si assiste ad una riduzione della tolleranza agli oppiacei che rappresenta uno dei principali fattori di vulnerabilità per tali episodi a cui si può aggiungere come elemento critico anche la possibile difficoltà per chi è già in trattamento il reperimento di farmaci agonisti subito dopo la dimissione/scarcerazione. La buprenorfina depot settimanale o mensile riduce tali rischi, grazie all'effetto di attivazione prolungato nel tempo sui recettori μ degli oppioidi, fino a un mese dalla somministrazione, che consente al paziente di adattarsi più facilmente alla nuova condizione di vita (Merral *et al.*; Davoli *et al.*).
- **Maggiore stabilità nel periodo di copertura del trattamento farmacologico.** La farmacocinetica delle formulazioni depot prevede una concentrazione costante del principio attivo per l'intera durata del trattamento (settimanale o mensile). In pratica, possono essere evitate le fluttuazioni giornaliere che si osservano con le formulazioni orali e sublinguali ad assunzione quotidiana. La certezza dell'assunzione di un dosaggio costante del farmaco consente di garantire una maggiore stabilità clinica del paziente ed una migliore risposta al trattamento (Lofwall *et al.*, Frost *et al.*, Tiberg *et al.*, Albayaty *et al.*).
- **Migliore ritenzione in trattamento.** Studi clinici dimostrano che la formulazione depot di buprenorfina sia in grado di migliorare i tassi di ritenzione in trattamento e di ridurre maggiormente il craving per gli oppioidi se paragonata alle formulazioni orali (Frost *et al.*, Lofwall *et al.*, Dunlop *et al.*).
- **Riduzione dello stigma.** La somministrazione del depot settimanale o mensile a base di buprenorfina contribuisce a ridurre lo stigma sociale legato ai pregiudizi connessi sia alla patologia che alle terapie specifiche, facilitando una maggiore della terapia a base di buprenorfina, sia da parte dei pazienti già in trattamento sia di quelli nuovi, quali ad esempio i giovani (Somaini *et al.*).

- *Miglioramento della qualità della vita dei pazienti.* Le formulazioni BPN depot si integrano meglio con le attività di vita quotidiana, migliorandone la qualità e facilitando la partecipazione ad attività sociali (lavoro, responsabilità familiare, ecc.) e ai percorsi terapeutici (Riglietta *et al.*, Somaini *et al.*).

Aspetti gestionali/organizzativi

La formulazione depot di buprenorfina nel trattamento del DUO comporta dei vantaggi e delle opportunità in termini organizzativi, tra cui:

- *Facilitare l'accesso a misure alternative alla detenzione e fruizione di altri benefici di legge.* L'adozione di una formulazione di BPN depot consentirebbe al detenuto di essere messo in libertà con una garanzia di maggiore aderenza alla terapia e continuità terapeutica.
 - *Miglioramento del risk management.* Le formulazioni depot di buprenorfina consentono di ridurre la disponibilità globale dei farmaci nell'ambiente di vita del paziente, limitando la possibile cessione e assunzione incongrua di terapie al di fuori della prescrizione medica, a livello domestico e tra pari.
 - *Riduzione del tempo dell'operatore per la somministrazione delle terapie.* Rispetto alla somministrazione orale, che richiede un impiego di tempo maggiore per gli operatori sanitari, specie per i pazienti con accesso quotidiano al Ser.D. La BPN depot riduce i tempi di somministrazione, con possibilità di impiegare le risorse di personale in altre attività sanitarie, dal momento che non necessita di una supervisione della assunzione come nel caso della formulazione orale.
- Il recupero di risorse risulta essere massimo in setting, quali il carcere e le comunità terapeutiche, che prevedono una somministrazione supervisionata da parte di uno o più operatori, anche non sanitari. Ridurre al minimo questo tempo offre dei vantaggi sia al personale che ai pazienti (Neale *et al.*, Little *et al.*, Wright *et al.*, Stover *et al.*, Ling *et al.*, Ferey *et al.*, Terrail *et al.*).

L'utilizzo di formulazioni orali o sublinguali comporta anche dispendio di tempo di personale per lo smaltimento dei rifiuti, che verrebbe in parte diminuito nel caso di utilizzo del depot.

- *Riduzione della richiestedività tra l'operatore ed il paziente nella fase di dispensazione della terapia.* Spesso il paziente durante la fase di dispensazione della terapia richiede modifiche (spesso inappropriate) alla stessa (dosaggio, tipo di farmaco, ecc.), che comportano situazioni di negoziazione inappropriate, poco utili e con notevole dispendio di tempo, generando anche situazioni di stress. Tale fenomeno è molto frequente sia nelle strutture carcerarie che nelle comunità terapeutiche, anche per la presenza di personale non sanitario. Il depot di buprenorfina ridurrebbe tale fenomeno, in quanto diminuirebbe la frequenza di dispensazione.
- *Facilitazione dello stoccaggio dei farmaci.* La somministrazione giornaliera della terapia prevede la disponibilità di uno spazio di stoccaggio di dimensioni idonee al numero di pazienti in trattamento farmacologico in trattamento o in alternativa di un più frequente servizio di consegna dei

farmaci. Con la nuova formulazione occorrerebbe uno spazio minore.

- *Evitare interruzione della terapia in caso di messa in libertà/dimissione quando i Ser.D. sono chiusi.* La formulazione BPN depot eviterebbe l'interruzione del trattamento quando il paziente viene messo in libertà ed i servizi non sono operativi. Le formulazioni depot di buprenorfina faciliterebbero la possibilità di dare continuità al trattamento e di prevenire la ricerca da parte del paziente di soluzioni alternative indotta dai sintomi astinenziali.
- *Riduzione degli errori di dispensazione della terapia.* Nella fase di dispensazione di terapie orali l'operatore sanitario deve gestire una serie di delicate attività consequenziali che possono favorire errori; tale rischio si riduce notevolmente con la formulazione BPN depot.
- *Riduzione delle possibili controversie medico-legali.* Nelle comunità terapeutiche i trattamenti farmacologici vengono affidati al paziente o a terzi, su delega del paziente stesso, e assunti con la supervisione dell'operatore. Un eventuale disallineamento tra la terapia dispensata e quanto effettivamente somministrato potrebbe generare delle controversie di natura medico-legale. Aspetto che verrebbe ridotto quasi del tutto con l'impiego di formulazioni depot di buprenorfina.

Aspetti economici

Tra i vantaggi e le opportunità offerte dalla formulazione depot di buprenorfina in termini di impatto economico per il sistema, si citano:

- *Risparmio di tempo dedicato ad attività di dispensazione delle terapie a favore di altre attività assistenziali.* Il tempo dedicato ad allestire e dispensare le terapie può essere dedicato ad altre attività. Tale risparmio è massimo in uno scenario di somministrazione con supervisione da parte dell'operatore (assenza di affidamento della terapia) (Ferey *et al.*). Nel caso del setting carcerario si risparmia anche il tempo legato all'accompagnamento del detenuto da parte degli agenti penitenziari (Terrail *et al.*, Wright *et al.*, Stover *et al.*, Little *et al.*).
- *Risparmio di costi a medio-lungo termine generato da economie di scala all'aumentare dell'utilizzo della BPN depot.* Il risparmio economico è direttamente proporzionale all'implementazione dell'utilizzo della formulazione depot di buprenorfina come evidenziato in diversi studi (Terrail *et al.*, Wright *et al.*, Stover *et al.*, Ling *et al.*, Ferey *et al.*).
- *Risparmio del costo del monitoraggio del drug test specifico per la buprenorfina.* L'utilizzo della formulazione depot a base di buprenorfina, garantendo la certezza dell'assunzione della dose prescritta, consente di escludere tale principio attivo dagli screening tossicologici che vengono effettuati per il monitoraggio dei trattamenti.
- *Riduzione dei costi complessivi socio-sanitari.* Il fenomeno della dipendenza da sostanza psicoattive, secondo le stime fornite da OISED, genera un costo annuo per il Paese pari a € 7,0 mld.

L'assistenza sanitaria di tali utenti, ovvero la loro gestione presso i servizi specialistici ambulatoriali, le strutture ospedaliere, gli accessi e i ricoveri nelle strutture residen-

ziali e semiresidenziali, gli accessi al Pronto Soccorso, rappresenta meno di un quarto del costo complessivo (22,7%); il 57,0% del costo totale è attribuito agli Esiti, ovvero alla gestione e al decesso per patologie, quali HCV, HIV, AIDS, spesso associate all'utilizzo di sostanze psicotrope; il restante 20,3% è associato alla gestione degli illeciti amministrativi e reati penali connessi alla violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90, nonché alla gestione in carcere dei detenuti.

L'introduzione di soluzioni finalizzate a garantire un'aderenza alla terapia, comporta un risparmio complessivo per il Paese: per ogni euro speso in ambito sanitario se ne risparmiano quattro per il Paese (Rapporto OISED).

Tab. 1 - Key points clinici, organizzativi ed economici della BPN depot nel trattamento della dipendenza da oppiacei

<i>Aspetti clinici</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Certezza dell'assunzione della terapia. • Azzeramento della diversione e misuse. • Flessibilità/intercambiabilità delle formulazioni farmaceutiche. • Potenziale riduzione del rischio di overdose. • Maggiore stabilità nel periodo di copertura del trattamento farmacologico. • Migliore ritenzione in trattamento. • Riduzione dello stigma. • Miglioramento della qualità della vita dei pazienti.
<i>Aspetti gestionali/organizzativi</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitare l'accesso a misure alternative alla detenzione e fruizione di altri benefici di legge. • Miglioramento del risk management. • Riduzione del tempo dell'operatore per la somministrazione delle terapie. • Riduzione della richiestività tra l'operatore ed il paziente nella fase di dispensazione della terapia. • Facilitazione dello stoccaggio dei farmaci. • Evitare interruzione della terapia in caso di messa in libertà quando i Ser.D. sono chiusi. • Riduzione degli errori di dispensazione della terapia. • Riduzione delle possibili controversie medico-legali.
<i>Aspetti economici</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Risparmio di tempo dedicato ad attività di dispensazione delle terapie a favore di altre attività assistenziali. • Riduzione dei costi dei servizi a medio-lungo termine. • Risparmio del costo del monitoraggio del drug test specifico per la buprenorfina. • Riduzione dei costi complessivi socio-sanitari per il Paese.

Conclusioni

Dall'analisi effettuata è emerso come la formulazione BPN depot rappresenti un'importante nuova opportunità terapeutica per il trattamento del DUO, con indubbi vantaggi in termini di miglioramento dell'aderenza al trattamento, riduzione dei fenomeni di diversione e *misuse*, e miglioramento in termini di qualità della vita dei pazienti. Tali aspetti hanno dei risvolti negli ambiti organizzativi/gestionali ed economici per i servizi delle dipendenze e per il Paese (Tabella 1).

Al miglioramento dell'aderenza al trattamento potrebbe associarsi anche un aumento anche della sicurezza, per gli utenti con conseguenti implicazioni a livello sanitario (riduzione degli accessi al pronto soccorso, delle ospedalizzazioni do-

vute ad overdose, ecc.) e giudiziario. L'entità di tali effetti è evidentemente maggiore se si prendono in considerazione soggetti più a rischio e/o fragili, quali ad esempio i detenuti presenti nella struttura carceraria o quelli che vengono rilasciati e coloro che vengono dimessi da ambienti protetti quali da esempio le comunità terapeutiche.

Inoltre, questa nuova formulazione permetterebbe di personalizzare maggiormente il trattamento farmacologico, rispettando anche esigenze di qualità di vita dei pazienti, favorendo l'accesso di nuovi pazienti. Considerando che ad oggi i soggetti in trattamento sono appena il 20% dei consumatori abituali si comprende come una maggiore attrattività dei Ser.D. possa essere un fattore importante da perseguire come intervento di sanità pubblica.

Tale formulazione potrebbe rappresentare una opportunità anche per gli utenti già in carico, che potrebbero migliorare la loro qualità della vita, trattandosi prevalentemente di popolazione in età attiva (lavoratori, ecc.), con una conseguente riduzione dei costi diretti non sanitari da essi sostenuti (trasporto per raggiungere la struttura), e di quelli indiretti (perdita di produttività).

L'impossibilità di discontinuare il trattamento farmacologico, insita nella formulazione depot, consentirebbe altresì una personalizzazione della risposta terapeutica, nonché un miglioramento dell'aderenza, anche in situazioni di interruzione di terapia non volontarie, quali ad esempio: messa in libertà dalla detenzione, trasferimenti in comunità terapeutiche, o dimissioni dalle stesse, in giornate in cui i servizi per le dipendenze non sono operativi, o in caso di allontanamento temporaneo dell'utente dal luogo di residenza, ecc.

Accanto ai vantaggi clinici si associano anche quelli organizzativi riguardanti la riduzione di tempo che il personale dedica alla attività di dispensazione e alla supervisione della somministrazione delle terapie quotidiane (con una garanzia di aderenza superiore a quella di uno scenario di affidamento al paziente), che può essere quindi impiegato per altre attività di assistenza. Anche in questo caso il risparmio maggiore di tempo si osserva nelle realtà ospitanti soggetti con un profilo di rischio maggiore e/o fragili, quali le carceri, nelle quali è previsto durante la fase di somministrazione delle terapie anche l'affiancamento di un operatore carcerario, ed in realtà in cui non si dispone di operatori sanitari che possano provvedere alla supervisione della assunzione quotidiana della terapia farmacologica (comunità terapeutiche).

In termini economici, la messa in campo di un'azione a livello sanitario, finalizzata ad aumentare l'aderenza al trattamento, quale è l'introduzione della nuova formulazione depot, pur comportando un aumento della spesa iniziale, genera dei risparmi complessivi per il Paese, con un rapporto 1 a 4, in termini di costi associati agli esiti della dipendenza da sostanze psicoattive, alla gestione degli aspetti amministrativi e penali connessi alle violazioni degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90, alla gestione dei detenuti, ecc.

L'entità dell'impatto economico dell'introduzione di tale soluzione in una specifica realtà organizzativa non può prescindere da un'analisi dell'organizzazione in essere, dalla tipologia di pazienti in carico, dalla distribuzione della stessa per tipo di trattamento e per modalità di dispensazione delle terapie farmacologiche (assunzione supervisionata, affidamento della terapia da una settimana a 28 giorni, ecc.). Attività

di *Health Technology Assessment* realizzate a livello micro (azienda sanitaria), limitatamente ai domini organizzativi ed economici, potrebbero rappresentare un valido strumento finalizzato a quantificarne l'effettivo impatto in una specifica realtà, anche in termini di costo-efficacia.

In conclusione, l'introduzione di una nuova soluzione terapeutica nella pratica clinica richiede la definizione e/o l'aggiornamento dei modelli organizzativi, a livello nazionale e locale, finalizzati sia ad inserire la stessa nel percorso di cura del paziente, anche al fine di garantire un'equità di accesso al trattamento nelle diverse realtà e nei diversi setting assistenziali. Inoltre, conseguentemente all'aggiornamento di tali modelli, sarebbe auspicabile promuovere un adeguamento dei flussi informativi (ed informatici) tra i diversi setting assistenziali coinvolti, al fine di poter monitorare il paziente per tutto il percorso assistenziale.

Riferimenti bibliografici

- Albayaty M., Linden M., Olsson H., Johnsson M., Strandgarden K., Tiberg F. (2017). *Pharmacokinetic Evaluation of Once-Weekly and Once-Monthly Buprenorphine Subcutaneous Injection Depots (CAM2038) Versus Intravenous and Sublingual Buprenorphine in Healthy Volunteers Under Naltrexone Blockade: An Open-Label Phase 1 Study*.
- Davoli M., Bargagli A., Perucci C., Schifano P., Valeria Belleudi V., Hickman M., Salamina G., Diecidue R., Vigna-Taglianti F., Faggiano F., VEdeTTE Study Group (2007). *Risk of fatal overdose during and after specialist drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study*. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02025.
- D'Angela D., Lucchini A. *Rapporto OISED 2023*.
Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio, Relazioni annuali (anni vari).
- Dunlop A.J., White B., Roberts J., Cretikos M., Attalla D., Ling R., Searles A., Mackson J., Doyle M.F., McEntyre E., Attia J., Oldmeadow C., Howard M.V., Murrell T., Haber P.S., Lintzeris N. (2021). *Treatment of opioid dependence with depot buprenorphine (CAM2038) in custodial settings*.
- EMA - Buvidal Public Assessment Report. www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/buvidal-epar-public-assessment-report_en.pdf.
- Frost M., Bailey G., Lintzeris N., Strang J., Dunlop A., Nunes E., Jansen J.B., Frey L.C., Weber B., Haber P., Oosman S., Kim S., Tiberg F. (2019). *Long-term safety of a weekly and monthly subcutaneous buprenorphine depot (CAM2038) in the treatment of adult out-patients with opioid use disorder*.
- Gross G., Conroy S., Leonardi C., Meroueh F., Antolin J.M., Somaini L. (2021). *Reducing opioid dependence therapy risk in the prison system and the use of extended-release buprenorphine as an additional treatment option: A consensus statement*.
- Ling R., White B., Roberts J., Cretikos M., Howard M.V., Haber P.S., Lintzeris N., Reeves P., Dunlop A.J., Searles A. (2022). *Depot buprenorphine as an opioid agonist therapy in New South Wales correctional centres: a costing model*.
- Little S., White B., Moensted M., Butler K., Howard M., Roberts J., Dunlop A. (2023). *Health and correctional staff acceptability of depot buprenorphine in NSW prisons*.
- Lofwall M.R., Walsh S.L., Nunes E.V., Bailey G.L., Sigmon S.C., Kampman K.M., Frost M., Tiberg F., Linden M., Sheldon B., Oosman S., Peterson S., Chen M., Kim S. (2018). *Weekly and Monthly Subcutaneous Buprenorphine Depot Formulations vs Daily Sublingual Buprenorphine With Naloxone for Treatment of Opioid Use Disorder*.
- Merrall E., Kariminia A., Binswanger I.A., Hobbs M.S., Farrell M., Mardsen J., Hutchinson S.J., Bird S.M. (2010). *Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison*.
- Middleton L. et al. (2019). *Improved recovery outcomes with injectable prolonged-release buprenorphine in an opioid agonist therapy clinic in Glasgow*.
- Ministero della Salute, Flusso informativo SIND (anni vari).
- Neale J., Tompkins C.N.E., McDonald R., Strang J. (2018). *Implants and depot injections for treating opioid dependence: Qualitative study of people who use or have used heroin*. *Drug Alcohol Depend.*, 189: 1-7.
- Parida S., Carroll K.M., Petrakis I.L., Sofuoglu M. (2019). *Buprenorphine treatment for opioid use disorder: Recent progress*. *Expert. Rev. Clin. Pharmacol.*, 12: 791-803.
- Reimer J., Wright N., Somaini L., Roncero C., Maremmani I., Mckeganey N., Littlewood R., Krajci P., Alho A., D'Agnone O. *The Impact of Misuse and Diversion of Opioid Substitution Treatment Medicines: Evidence Review and Expert Consensus*.
- Riglietta M. (2020). *Impianto sottocutaneo di buprenorfina: revisione della letteratura sul disturbo da uso di oppiacei*.
- Somaini L., Vecchio S., Corte C., Coppola C., Mahony A., Pitts A., Cutuli M., Orso R., Littlewood R. (2021). *Prolonged-Release Buprenorphine Therapy in Opioid Use Disorder Can Address Stigma and Improve Patient Quality of Life*. Doi: 10.7759/cureus.18513.
- Stover H., Keppler K. (2022). *Opioidsstitutionsbehandlung im Justizvollzug: Der Vergabeaufwand von Buprenorphin-Depot im Vergleich zu anderen Substitutionsmedikamenten – eine gesundheitsökonomische Modellrechnung*.
- Terrail N., Baffert S., Meroueh F. (2023). *Analyse d'impact budgétaire de l'utilisation de la buprénorphine à libération prolongée en milieu carcéral*.
- Tiberg F., Johnsson M. (2011). *Drug delivery applications of non-lamellar liquid crystalline phases and nanoparticles*.
- Tiberg F., Johnsson M., Jankunec M., Barauskas J. *Phase Behavior, Functions, and Medical Applications of Soy Phosphatidylcholine and Diglyceride Lipid Compositions*.
- Tompkins C.N.E., Neale J., Strang J. (2019). *Opioid users' willingness to receive prolonged-release buprenorphine depot injections for opioid use disorder*.
- Walsh S., Comer S.D., Lofwall M.R., Vince B., Naama Levy-Cooperman N., Kelsh D., Coe M.A., Jones J.D., Nuzzo P.A., Tiberg F., Sheldon B., Kim S. (2017). *Effect of Buprenorphine Weekly Depot (CAM2038) and Hydromorphone Blockade in Individuals With Opioid Use Disorder A Randomized Clinical Trial*.
- Wright N., D'Agnone O., Krajci P., Littlewood R., Alho A., Reimer J., Roncero C., Somaini L., Maremmani I. (2015). *Addressing misuse and diversion of opioid substitution medication: guidance based on systematic evidence review and real-world experience*.
- Wright N., Hard J., Fearn C., Gilman M., Littlewood R., Clegg R., Parimelalagan L., Alam F. (2020). *OUD Care Service Improvement with Prolonged-release Buprenorphine in Prisons: Cost Estimation Analysis*.

Realizzato con il supporto non condizionante di L. Molteni & C. dei F.lli Alitti Società di Esercizio S.p.a.

📄 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

FreeLudo: una piattaforma ITC innovativa per la prevenzione primaria del Disturbo da Gioco d'Azzardo

Katia Pierri*, Rita Cometa**, Giuseppe Cavallo**, Vincenza Ariano***

SUMMARY

■ *FreeLudo is an innovative project targeting the primary prevention of DSM-5 Gambling Disorder (GD), addressing children aged between 6 and 8 years attending Primary School. An innovative platform has been developed, which enables hybrid online and offline interaction and provides children with questionnaires aimed at better understanding the potential risk factors for the development of GD. Online interaction consists in providing questionnaires through a simple platform video game; after the video game, the platform also proposes social interaction among children by assigning them social challenges and activities. While providing an interactive user awareness on the risk of Gambling Disorders, the platform allows data collection on potential risk behavior. The paper summarizes the preliminary results of the platform's first testing phase, conducted on a heterogeneous sample of children aged 6 to 8 years, attending a primary school in the province of Taranto (Apulia, Italy).* ■

Keywords: *Gambling Disorder, Children, Coping Styles, Youth Gambling, Healthy Play.*

Parole chiave: *DGA, Bambini, Strategie di Coping, Gioco d'azzardo giovanile, Gioco Sano.*

Articolo sottomesso: 18/03/2024, accettato: 29/05/2024

Premessa e obiettivi dell'iniziativa FreeLudo

Studi scientifici presenti in letteratura (Schneider e Delfabbro, 2017; Mazar *et al.*, 2018; Bender *et al.*, 2020; Richard *et al.*, 2020) hanno messo in luce l'esistenza di fattori di rischio, sia biologici che ambientali, nell'infanzia che potrebbero predisporre allo sviluppo di comportamenti di gioco d'azzardo patologico in età adulta. Particolari caratteristiche neurologiche, quali la plasticità neuronale e l'imaturità della corteccia prefrontale, caratteristiche proprie dello sviluppo infantile, limitano la capacità del bambino di percepire adeguatamente i rischi e di esercitare un controllo efficace sugli impulsi. Questo aspetto rende questo target particolarmente esposto agli effetti iatrogeni di determinati stimoli ambientali, tra cui rientra l'esposizione a comportamenti di gioco d'azzardo osservati negli adulti di riferimento (Mazar *et al.*, 2018).

Nella pratica clinica emerge frequentemente come determinati modelli educativi adottati all'interno della famiglia possano in-

centivare un precoce avvicinamento ai comportamenti di gioco d'azzardo, già nella seconda e terza infanzia (Bender *et al.*, 2020).

La complessità di questa tematica è ulteriormente aggravata dallo stigma sociale e dal senso di vergogna che frequentemente accompagnano i disturbi legati al gioco d'azzardo. Questa situazione comporta una scarsità di dati relativi alla prevalenza e incidenza del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) a livello territoriale, costringendo i responsabili delle politiche sanitarie e i professionisti del settore a ideare e attuare strategie preventive per le giovani generazioni in un contesto di sostanziale incertezza.

Nell'ottica di affrontare queste sfide, nasce il progetto FreeLudo, un'iniziativa preventiva innovativa rivolta a bambini, insegnanti, educatori e anche ai genitori. Il cuore di questa iniziativa è rappresentato dalla piattaforma FreeLudo, concepita per fungere da strumento di sensibilizzazione e prevenzione, attraverso un approccio ludico e interattivo, alle problematiche legate al gioco d'azzardo.

Il Gioco d'Azzardo in età giovanile

Nonostante la normativa italiana vieti esplicitamente il gioco d'azzardo ai minori, recenti studi evidenziano una tendenza preoccupante verso un avviamento precoce a questa attività.

* Psicologo psicoterapeuta del Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto.

** Naps Lab srls.

*** Direttore Medico Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto.

Ricerche documentano l'esordio di comportamenti di gioco d'azzardo già nell'età compresa tra i 10 e i 12 anni (Donati, Chiesi e Primi, 2013; Calado, Alexandre e Griffiths, 2017; Pitt *et al.*, 2017). Ancor più inquietante è il riscontro di un abbassamento dell'età di inizio a meno di 10 anni, attraverso l'interazione con giochi d'azzardo di minore entità, come il Gratta e Vinci (Pitt *et al.*, 2017).

La revisione della letteratura effettuata da Hardoon e Derevensky (Hardoon e Derevensky, 2002) illumina la maggiore propensione all'azzardo problematico tra gli adolescenti rispetto agli adulti, con una prevalenza da due a quattro volte superiore (Jacobs, 2000; Huang e Boyer, 2007; Huang *et al.*, 2007; Dowling *et al.*, 2017). Questo fenomeno si accompagna a un'iniziazione al gioco d'azzardo significativamente più precoce nella fascia adolescenziale, generalmente intorno ai 10 anni (Wynne, Smith e Jacobs, 1996; Jacobs, 2000), a differenza degli adulti che tendono ad avvicinarsi a queste pratiche intorno ai 19 anni (Dell, Ruzicka e Palisi, 1981; Custer, 1982).

Ricerche longitudinali, come quelle condotte da Richmond-Rakerd, Slutske e Piasecki (Richmond-Rakerd, Slutske e Piasecki, 2013) sul campione del National Comorbidity Survey Replication, includente 9.282 soggetti, confermano una tendenza al ribasso dell'età di primo contatto con il gioco d'azzardo. In particolare, si osserva che le generazioni più giovani iniziano a giocare d'azzardo a un'età sempre più precoce: nell'analisi di un gruppo nato tra il 1973 e il 1984, il 57% degli uomini e il 27% delle donne ha iniziato a giocare prima dei 18 anni, con una percentuale del 23% per gli uomini e del 14% per le donne che ha iniziato addirittura prima dei 15 anni. Questi dati contrappongono nettamente la coorte nata tra il 1904 e il 1942, dove solo il 24% degli uomini e l'8% delle donne iniziava a giocare a 18 anni, e una percentuale ancora minore, il 10% degli uomini e il 6% delle donne, prima dei 15 anni.

Questo declino ha continuato a progredire, raggiungendo gruppi di età sempre più bassi, come evidenziato da studi pionieristici quali quello condotto da Ladouceur, Dubé e Bujold nel 1994. Questa ricerca ha rilevato una prevalenza di gioco d'azzardo tra i giovani significativamente superiore rispetto agli adulti, con un'indagine su un campione di 1.320 studenti, di età compresa tra 8 e 12 anni, che ha mostrato come l'86% di essi avesse già avuto esperienze di gioco d'azzardo con denaro reale, iniziando, nella maggior parte dei casi, intorno ai 9 anni di età.

In sintesi, i dati emergenti sottolineano come il gioco d'azzardo stia diventando un comportamento sempre più diffuso non solo tra gli adolescenti ma anche tra i bambini di età inferiore, che iniziano a entrare in contatto con esso sempre più precocemente (Donati, Chiesi e Primi, 2013; Calado, Alexandre e Griffiths, 2017; Pitt *et al.*, 2017). Questo ingresso precoce nell'universo del gioco d'azzardo è facilitato dall'accesso crescente a dispositivi mediatici quali tablet e smartphone, i cui tassi di utilizzo sono in costante aumento specialmente nel periodo dell'infanzia (Sir – Agenzia d'informazione, 2001). Secondo i dati raccolti dall'Associazione Di-Te - SIPEC nel 2022, un'ampia maggioranza di genitori (88%) utilizza lo smartphone per intrattenere i propri figli di età compresa tra 4 e 9 anni durante il giorno, con percentuali significative che segnalano l'uso di tali dispositivi anche durante i pasti (41%) e prima del sonno (37%).

Questa esposizione precoce e intensiva ai dispositivi digitali può avere implicazioni non solo sullo sviluppo linguistico e sulle competenze sociali dei bambini, potenzialmente incrementando il rischio di disturbi comportamentali e di apprendimento (Korte, 2020; Muppalla *et al.*, 2023), ma anche sulla

loro vulnerabilità alle dipendenze (Wolf *et al.*, 2018). Inoltre, l'utilizzo massiccio di tecnologie in età precoce può influenzare i modelli di apprendimento e di comportamento del bambino, inducendo non solo cambiamenti nella struttura cerebrale (con possibile comparsa di alterazioni in aree fondamentali per lo sviluppo delle funzioni esecutive), ma anche nello sviluppo del pattern di stimolo-risposta (Auxologico, 2021), impattando negativamente sulle capacità di lettura, concentrazione e attenzione del bambino (fattori cognitivi).

Il DGA è stato infatti riconosciuto come un disturbo multifattoriale, che vede la sua etiologia radicata sia in fattori di rischio individuali – come il genere, la personalità e i fattori cognitivi (Ladouceur, Dubé e Bujold, 1994; Hardoon e Derevensky, 2002; Splevins *et al.*, 2010) – sia in fattori ambientali quali le influenze familiari e mediatiche (Gupta e Derevensky, 1997; Watkins *et al.*, 2016; Pitt *et al.*, 2017).

A tal proposito la letteratura indica differenze significative tra i sessi nel comportamento di gioco, con i maschi che tendono a giocare più frequentemente e a spendere maggiori quantità di denaro (Hardoon e Derevensky, 2002). Tra i fattori personali, l'impulsività in età prescolare emerge come un potente predittore di futuro comportamento di gioco d'azzardo patologico (Pancani *et al.*, 2019), specialmente nei bambini affetti da disturbi di condotta (Temcheff *et al.*, 2016).

Il ruolo dell'ambiente familiare nel modellare le abitudini di gioco dei bambini è evidente, con la maggior parte dei giovani giocatori che riportano di aver giocato d'azzardo con membri della propria famiglia (Gupta e Derevensky, 1997; Pitt *et al.*, 2017; Dowling *et al.*, 2018). L'influenza degli adulti di riferimento, inoltre, si estende oltre la semplice esposizione al gioco, influenzando le percezioni, le idee e le intenzioni future riguardanti il gioco d'azzardo (Splevins *et al.*, 2010). La plasticità neuronale e l'im maturità della corteccia prefrontale, tipiche della fase di sviluppo infantile, si traducono in una incapacità di percezione adeguata dei rischi e del controllo corretto degli impulsi (D'Hondt, Billieux e Maurage, 2015; Yao *et al.*, 2017), rendendo i bambini vulnerabili a stimoli ambientali iatrogeni, inclusa l'esposizione ai comportamenti di gioco d'azzardo praticati dagli adulti di riferimento.

In conclusione, la letteratura attesta che le generazioni più giovani sono esposte a un rischio crescente di sviluppare dipendenza da gioco d'azzardo in età adulta, sottolineando la necessità di interventi preventivi mirati e di una maggiore consapevolezza riguardo agli effetti dell'esposizione precoce ai dispositivi digitali e al gioco d'azzardo. In questo ambito, si colloca l'iniziativa FreeLudo, che rappresenta un esempio concreto di come la tecnologia possa essere impiegata non solo per comprendere meglio il problema, ma anche per promuovere comportamenti salutari tra i giovani.

L'esperienza FreeLudo: il primo anno di sperimentazione

I dati presentati in questo articolo provengono dalla fase sperimentale della nuova piattaforma ICT sviluppata come parte dell'iniziativa FreeLudo. Tale progetto, realizzato dal Dipartimento Dipendenze Patologiche dell'Azienda Sanitaria Locale di Taranto, con il supporto di una startup locale, si pone l'obiettivo ambizioso di intervenire sul problema del gioco d'azzardo già in età giovanile, attraverso un approccio che mira a sensibilizzare i più giovani sull'importanza di adottare stili di

vita salutarì. Allo stesso tempo, la piattaforma ICT sviluppata dal progetto si prefigge di raccogliere dati cruciali per una piú accurata comprensione della diffusione del Disturbo da Gioco d'Azzardo all'interno della comunit .

La peculiarit  di questa iniziativa risiede nella sua metodologia innovativa, che introduce un modello di interazione ibrido all'interno della piattaforma. Questo modello   articolato in un framework a due fasi distintive: una prima fase *online*, che si avvale delle dinamiche tipiche dei videogiochi per coinvolgere attivamente i giovani utenti in un ambiente immersivo finalizzato alla raccolta di dati; e una seconda fase *offline*, pensata per promuovere interazioni sociali reali e tangibili. Quest'ultima fase incoraggia i partecipanti a impegnarsi in attivit  ludiche e educative (come origami, cacce al tesoro, disegni, ecc.), favorendo cos  momenti di condivisione con coetanei, familiari o figure adulte significative.

Lo studio: il campione, la procedura, le variabili

Lo studio   stato condotto nel periodo compreso tra febbraio e marzo 2023, coinvolgendo una coorte di 306 bambini di et  compresa tra 6 e 8 anni (et  media = 6,98; DS = 0,78). In linea con gli studi precedenti che evidenziano un incremento nell'interesse verso il gioco d'azzardo gi  a partire dai 7 anni, il campione   stato accuratamente selezionato tra gli studenti delle prime tre classi elementari di una scuola primaria nell'ambito di un Istituto Comprensivo situato a Grottaglie, in provincia di Taranto, Italia.

Riguardo alla composizione del campione per genere, il 42% dei partecipanti (n = 130) era di sesso maschile, mentre la maggioranza, il 58% (n = 177), era di sesso femminile. Per quanto concerne la distribuzione per livello di istruzione, il 32% dei bambini (n = 97) frequentava il primo anno di scuola primaria, il 39% (n = 119) il secondo anno, e il restante 29% (n = 90) il terzo anno. Questa suddivisione offre una panoramica dettagliata del campione coinvolto nello studio, fornendo una base solida per analisi comparative e valutazioni specifiche in relazione all'et  e al livello di scolarizzazione.

La raccolta dei dati   avvenuta tramite la piattaforma FreeLudo nella sua fase *online*. I partecipanti hanno assunto il ruolo di un personaggio di videogioco (Ludo) e hanno superato un livello appositamente creato, rispondendo a 5 domande a scelta multipla, facenti parte di un protocollo di test sviluppato collaborativamente da un team multidisciplinare del Dipartimento di Dipendenze Patologiche dell'ASL di Taranto e psicologi dello sviluppo.

Queste domande miravano a indagare su otto (8) temi chiave per lo sviluppo sano dell'infanzia: il potenziamento dell'autostima del bambino, la promozione dell'apprendimento sociale, la riduzione dell'isolamento sociale, lo scoraggiamento della "vinta facile", la coltivazione delle relazioni sociali, la promozione del gioco leale, il rispetto delle regole e lo scoraggiamento dei valori simbolici esterni.

Nello specifico, le 5 domande a scelta multipla selezionate per questa indagine hanno esplorato aree tematiche distinte:

1. **"Gioco leale"**: valutazione della preferenza dei bambini tra videogiochi e attivit  non virtuali;
2. **"Coltivare Relazioni"**: indagine sull'approccio dei bambini a situazioni stressanti come un litigio con un amico;
3. **"Potenziamento dell'Autostima"**: analisi della predisposizione dei bambini a interagire e costruire fiducia all'interno di un gruppo, evidenziata dalla loro scelta di invitare molti

bambini o un gruppo ristretto di amici intimi a una festa di compleanno;

4. **"Evitare l'Isolamento"**: osservazione delle reazioni dei bambini al gioco solitario rispetto a quello sociale, preferendo attivit  come lo sport o giochi all'aperto con amici a guardare cartoni animati o giocare da soli a videogiochi;
5. **"Gioco leale"**: verifica dell'abitudine dei bambini a dedicare tempo libero in attivit  con i genitori.

Le interrogazioni proposte ai giovani partecipanti, sebbene concepite nel formato di un quiz "trivia", sono state sapientemente progettate per eludere una dinamica di valutazione binaria (corretto/errato). Invece, ogni domanda   stata metodicamente strutturata con l'intento di sollecitare la riflessione su due distinti modelli comportamentali: uno associato a un potenziale maggiore rischio e l'altro a un rischio minore, entrambi contestualizzati nel quadro del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA). Tale struttura rispecchia i fattori di rischio precedentemente delineati nella letteratura di riferimento, con le opzioni di risposta a minore rischio distribuite in maniera casuale tra le alternative presentate durante il gioco.

Data la particolare attenzione rivolta al coinvolgimento di un campione costituito interamente da minori,   stata convocata una sessione informativa dedicata con docenti e genitori prima dell'avvio delle attivit  rivolte ai bambini. Questo incontro ha permesso di delineare gli obiettivi dello studio, di illustrare dettagliatamente la metodologia di somministrazione del questionario e di assicurare la riservatezza delle informazioni raccolte, garantita dal trattamento anonimo delle risposte.

Le informazioni raccolte tramite la piattaforma FreeLudo sono state successivamente archiviate in forma anonima, consentendo un'elaborazione dati esente da pregiudizi al termine del periodo sperimentale. L'unica variabile personale associata alle risposte era il genere dei partecipanti, una scelta mirata a facilitare l'esplorazione di eventuali differenze statistiche o tendenze relative al rischio di gioco d'azzardo tra i sessi.

L'analisi dei dati ha preso in considerazione 1.530 risposte valide, escludendo quelle incomplete, e si   concentrata su *tre variabili chiave*:

- **Variabile Risposta**: questa variabile, di natura categorica nominale e dicotomica, ha giocato un ruolo essenziale nell'identificare comportamenti classificati come potenzialmente a minor rischio (Risposta A) o a maggior rischio (Risposta B) nel contesto del Disturbo da Gioco d'Azzardo;
- **Variabile Genere**: questa variabile, anch'essa categorica nominale e dicotomica, ha permesso di distinguere i partecipanti sulla base del genere, offrendo una distinzione tra maschi e femmine;
- **Variabile Grado**: questa variabile, categorizzata come ordinale, ha offerto un riflesso indiretto dell'et  dei bambini partecipanti basandosi sul livello di istruzione raggiunto. Specificamente, i termini Grado I, Grado II e Grado III si riferiscono alle classi di prima (6 anni), seconda (7 anni) e terza (8 anni) elementare, denotando l'avanzamento scolastico dei giovani studenti.

L'analisi e i risultati raccolti

Nell'ambito del protocollo metodologico adottato per questo studio, si sono sviluppate due principali linee di analisi. Inizialmente,   stata implementata un'analisi descrittiva finalizzata a mappare la distribuzione delle risposte, con particolare attenzione alla variet  delle classi e delle sezioni scolastiche coinvolte nella ricerca. Questo passo preliminare ha permesso

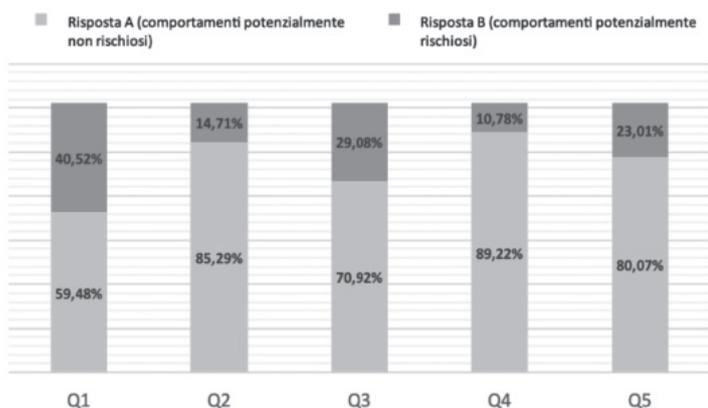
di acquisire una panoramica quantitativa dei dati raccolti. In una fase successiva, l'attenzione si è spostata verso l'individuazione di potenziali correlazioni tra le variabili indipendenti – specificamente il genere e l'anno di frequenza scolastica – e la propensione verso comportamenti potenzialmente a rischio. Per questa *analisi correlazionale*, si è fatto ricorso al Test Chi-quadrato, un metodo statistico di rilevanza per valutare l'associazione tra variabili categoriche.

Per ottimizzare l'efficacia dell'analisi statistica, è stata preliminarmente eseguita una fase di pre-elaborazione dei dati. Questa operazione ha incluso l'aggregazione delle risposte che indicavano comportamenti valutati come meno rischiosi all'interno della categoria denominata "Risposta A". Tale procedura di categorizzazione ha semplificato la struttura del dataset, rendendolo idoneo per un esame statistico dettagliato e mirato.

Distribuzione tra classi e sezioni

La tendenza prevalente tra i bambini coinvolti nello studio ha riflettuto una propensione verso comportamenti giudicati potenzialmente appropriati. In particolare, la risposta "A" è emersa come la scelta dominante tra i partecipanti, indicando una marcata inclinazione verso decisioni considerate corrette. L'analisi dei dati non ha rivelato differenze significative legate all'età o al genere dei partecipanti, suggerendo una consistente uniformità nelle preferenze comportamentali attraverso i vari sottogruppi demografici esaminati.

Fig. 1 - Distribuzione percentuale delle risposte tra classi e sezioni



Confronto basato sull'età

L'esame dettagliato basato sull'età ha evidenziato una predominanza di scelte corrette attraverso le varie classi, sebbene sia stata rilevata una tendenza leggermente più marcata verso scelte di maggiore rischio nel gruppo più giovane frequentante il primo anno di scuola elementare (Tabella 1).

Tab. 1 - Distribuzione percentuale delle risposte totali per età

Domanda	Risposta A			Risposta B		
	Grado I	Grado II	Grado III	Grado I	Grado II	Grado III
1	50	80	52	47	39	38
2	80	106	75	17	13	15
3	63	89	65	34	30	25
4	81	105	87	16	14	3
5	68	93	84	29	26	6
Totale	342	473	363	143	122	87
	22,35%	30,92%	23,73%	9,35%	7,97%	5,69%

Al fine di esplorare approfonditamente questa osservazione e sviluppare una comprensione quantitativa e oggettiva del possibile legame tra il livello di scolarizzazione (variabile categorica ordinale: primo, secondo e terzo anno) e le inclinazioni verso comportamenti a rischio (variabile categorica nominale: Risposta A indicante comportamenti considerati meno rischiosi, Risposta B indicante comportamenti più rischiosi), è stata implementata un'analisi mediante il Test Chi-quadrato. L'ipotesi iniziale (Ho) proponeva l'assenza di correlazione significativa tra l'età dei bambini, definita in base al grado di scolarizzazione, e la predisposizione verso comportamenti meno rischiosi. Questo presupposto si fondava sull'idea che la propensione ai comportamenti a rischio non mostrasse variazioni consistenti con l'avanzare dell'età nei primi anni di istruzione (Tabella 2).

Tab. 2 - Tabella di contingenza sui valori osservati

Risposta	Grado			Totale
	Grado I	Grado II	Grado III	
A (comportamenti potenzialmente non rischiosi)	342	474	363	1.179
B (comportamenti potenzialmente rischiosi)	143	121	87	351
Totale	485	595	450	1.530

Le evidenze emerse dall'applicazione del test Chi-quadrato hanno portato alla luce un'associazione statisticamente rilevante, culminando nel rigetto dell'ipotesi nulla. Tale esito suggerisce che, contrariamente a quanto postulato inizialmente, si manifesta una connessione significativa tra l'età dei bambini e la loro propensione verso scelte di minore rischio (Tabella 3).

Tab. 3 - Risultato del test del Chi-quadrato per età e comportamenti rischiosi (al livello di significatività 0,05)

Indicatore	Risultato
Statistica del chi-quadrato	17.344
Gradi di libertà	2
Valore p	0.0001713

L'entità di questa associazione è stata minuziosamente indagata attraverso l'elaborazione di una tabella di contingenza. I risultati hanno mostrato una marcata correlazione negativa tra la scelta di comportamenti meno rischiosi e i partecipanti più giovani, specificatamente quelli della 1^a classe elementare. Questa correlazione, tuttavia, tende a modificarsi, assumendo una connotazione positiva con l'incremento dell'età dei partecipanti, benché tale variazione si manifesti con un'intensità relativamente contenuta.

Confronto basato sul genere

L'analisi delle risposte, disaggregate per genere, chiarisce che le femmine, a parità di altri fattori, mostrano una frequenza nettamente superiore nell'adottare atteggiamenti meno rischiosi (Tabella 4).

Tab. 4 - Distribuzione percentuale delle risposte totali per genere

Domanda	Risposta A		Risposta B	
	Maschio	Femmina	Maschio	Femmina
1	59	123	70	54
2	108	153	21	24
3	95	122	34	55
4	109	164	20	13
5	96	149	33	28
Totale	471	711	178	174
	30,52%	46,47%	11,63%	11,37%

Al fine di indagare ulteriormente la possibile correlazione tra il genere (una variabile dicotomica) e la propensione al rischio, è stato applicato un test Chi-quadrato. L'ipotesi nulla (H_0) prevedeva l'inesistenza di un legame tra il genere dei partecipanti e la loro inclinazione verso comportamenti non rischiosi.

Tab. 5 - Tabella di contingenza sui valori osservati

Risposta	Grado			Totale
	Grado I	Grado II	Grado III	
A (comportamenti potenzialmente non rischiosi)	468	711	1.179	468
B (comportamenti potenzialmente rischiosi)	177	174	351	177
Totale	645	885	1.530	645

Utilizzando una tabella di contingenza 2x2 (Tabella 5) derivante dall'analisi Chi-quadrato sulle variabili genere e comportamento, si è proceduto all'impiego della correzione di Yates per la continuità. Questo approccio metodologico è stato adottato per mitigare l'eventuale sovrastima della significatività statistica che può verificarsi nell'analisi di campioni di dimensioni ridotte, assicurando così una valutazione statistica più precisa e attendibile, soprattutto in contesti caratterizzati da un numero limitato di osservazioni, come nel caso del presente studio.

Tab. 6 - Risultato del test del Chi-quadrato per genere e comportamenti rischiosi (al livello di significatività 0,05)

Indicatore	Risultato
Statistica del chi-quadro	12.341
Gradi di libertà	1
Valore p	0.0004432

I risultati del test Chi-quadrato, adeguati mediante la correzione di Yates, hanno rivelato un esito statisticamente rilevante. Il valore del chi-quadrato ($\chi^2 = 12,341$) segnala una differenza significativa tra le frequenze osservate e quelle previste in base all'ipotesi nulla. In aggiunta, un p-value estremamente ridotto (0,0004432) implica che la probabilità di ottenere tali risultati casualmente è minima. Pertanto, è possibile rigettare l'ipotesi nulla, indicando l'esistenza di un rapporto statisticamente significativo tra il genere dei bambini e la loro predisposizione

verso comportamenti rischiosi o prudenti. L'analisi ha inoltre messo in luce una marcata correlazione negativa tra il genere maschile e la scelta di comportamenti prudenti, mentre si è registrata una correlazione positiva significativa tra il genere femminile e l'adozione di comportamenti considerati meno rischiosi.

Le conclusioni raggiunte e gli sviluppi futuri

Il presente studio esplora un campo di indagine relativamente inesplorato, focalizzandosi sui comportamenti potenzialmente rischiosi nei bambini di età compresa tra i 6 e gli 8 anni. Per facilitare questa esplorazione, è stata sviluppata una piattaforma innovativa chiamata FreeLudo, che svolge un ruolo duplice: da un lato, offre campagne interattive ed educative per sensibilizzare sui pericoli legati al gioco d'azzardo; dall'altro, raccoglie dati anonimi fondamentali per lo sviluppo di strategie preventive supportate da evidenze concrete, con il benessere delle autorità sanitarie locali.

FreeLudo si distingue per la sua versatilità, personalizzazione e adattabilità a diversi contesti educativi e sociali, impiegando un approccio ludico basato su quiz e attività sociali offline per coinvolgere i bambini. La piattaforma è liberamente accessibile per test e valutazioni all'indirizzo www.freeludo.it. È interessante anche notare che nel corso del primo anno di sperimentazione, è stato riscontrato l'interesse della comunità educante ad utilizzare lo stesso approccio mediato da piattaforma per indagare e sensibilizzare bambini e genitori anche su altri fenomeni rilevanti per la specifica fascia d'età quale ad esempio le dipendenze tecnologiche o il bullismo e il cyberbullismo.

Il campione dello studio ha coinvolto 306 bambini dai 6 agli 8 anni, mirando a valutare la loro reazione di fronte ai fattori di rischio legati al disturbo da gioco d'azzardo. I risultati iniziali sono incoraggianti, indicando una prevalenza di comportamenti consapevoli e prudenti nei confronti dei rischi associati alla ludopatia.

Un'analisi differenziata per genere ha rivelato una marcata tendenza verso comportamenti meno rischiosi nel gruppo femminile, risultato in linea con quanto documentato nella letteratura scientifica preesistente. L'indagine età-specifica, invece, ha evidenziato una significativa correlazione tra minore età dei partecipanti e maggiore inclinazione verso comportamenti a rischio, sottolineando l'urgenza di implementare fin dalla più tenera età strategie di intervento mirate a promuovere scelte di vita più salutari.

Questo lavoro rappresenta una fase iniziale di validazione della piattaforma FreeLudo e del suo approccio metodologico. Forti dei risultati preliminari positivi e dell'accoglienza favorevole da parte di professionisti del settore sanitario, educatori e bambini coinvolti nella fase di sperimentazione, si prevedono ulteriori ricerche nel corso dell'anno scolastico 2023-2024.

Le future direzioni di studio includono l'ampliamento del campione di partecipanti e delle scuole coinvolte nel test di validazione, al fine di esporre un numero maggiore di bambini all'esperienza offerta da FreeLudo. Previste anche analisi statistiche quantitative più dettagliate, incluse l'individuazione di correlazioni simmetriche e asimmetriche mediante l'uso di tecniche come l'analisi di regressione logistica.

In aggiunta, si intende approfondire l'indagine sull'impatto di ulteriori fattori, quali l'influenza dei media digitali, della pubbli-

cià e delle condotte adottate da genitori e insegnanti. È fondamentale sottolineare che tali studi saranno condotti garantendo la massima tutela della privacy e del benessere dei bambini coinvolti.

Riferimenti bibliografici

- Auxologico (2021). Testo disponibile al sito: www.auxologico.it/sovraesposizione-bambini-schermi-tablet-smartphone.
- Bender P.K., Kim E.L., Gentile D.A. (2020). Gaming disorder in children and adolescents: risk factors and preventive approaches. *Current Addiction Reports*, 7: 553-560. Doi: 10.1007/s40429-020-00337-5.
- Calado F., Alexandre J., Griffiths M.D. (2017). How coping styles, cognitive distortions, and attachment predict problem gambling among adolescents and young adults. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(4): 648-657. Doi: 10.1556/2006.6.2017.068.
- Custer R.L. (1982). An overview of compulsive gambling. In: Carone P.A., Yolles S.F., Kieffer S.N., Krinsky L.W. (1982). *Addictive disorders update*, 107-124. New York: Human Science Press.
- D'Hondt F., Billieux J., Maurage P. (2015). Electrophysiological correlates of problematic Internet use: Critical review and perspectives for future research. *Neurosci Biobehav*, 59: 64-82. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.10.005.
- Dell L.J., Ruzicka M.E., Palisi A.T. (1981). Personality and other factors associated with gambling addiction. *International Journal of the Addictions*, 16: 149-156. Doi: 10.3109/10826088109038817.
- Donati M.A., Chiesi F., Primi C. (2013). A model to explain at risk/problem gambling among male and female adolescents: Gender similarities and differences. *Journal of Adolescence*, 36: 129-137. Doi: 10.1016/j.adolescence.2012.10.001.
- Dowling N., Merkouris S., Greenwood C., Oldenhof E., Toumbourou J., Youssef G. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 51: 109-124. Doi: 10.1016/j.cpr.2016.10.008.
- Dowling N.A., Oldenhof E., Shandley K., Youssef G.J., Vasiliadis S., Thomas S.A., Frydenberg E., Jackson A.C. (2018). The intergenerational transmission of problem gambling: The mediating role of offspring gambling expectancies and motives. *Addictive Behaviors*. Doi: 10.1016/j.addbeh.2017.09.003.
- Gupta R., Derevensky J. (1997). Familial and social influences on juvenile gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 13(3): 179-92. Doi: 10.1023/A:1024915231379.
- Gupta R., Derevensky J.L. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with excessive gambling. *Journal of Gambling Studies*, 14: 319-345. Doi: 10.1023/a:1023068925328.
- Hardoon K.K., Derevensky J.L. (2002). Child and adolescent gambling behavior: Current knowledge. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2): 263-281. Doi: 10.1177/1359104502007002012.
- Huang J., Boyer R. (2007). *Epidemiology of youth gambling problems in Canada: A national prevalence study*.
- Huang J., Jacobs D., Derevensky J.L., Gupta R., Paskus T. (2007). *Gambling and health risks behaviors among U.S. college student-athletes: Findings from a national*.
- Jacobs D. (2000). Juvenile gambling in North America: An analysis of long-term trends and future prospects. *Journal of Gambling Studies*.
- Korte M. (2020). The impact of the digital revolution on human brain and behavior: where do we stand? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(2): 101-111. Doi: 10.31887/DCNS.2020.22.2/mkorte.
- Ladouceur R., Dubé D., Bujold A. (1994). Gambling among primary school students. *Journal of Gambling Studies*, 10(4): 363-370. Doi: 10.1007/BF02104902.
- Mazar A., Williams R.J., Stanek E.J., Zorn M., Volberg R.A. (2018). The importance of friends and family to recreational gambling, at-risk gambling, and problem gambling. *BMC Public Health*, 18: 1-14. Doi: 10.1186/s12889-018-5988-2.
- Muppalla S.K., Vuppapapati S., Reddy Pulliahgaru A., Sreenivasulu H. (2023). Effects of Excessive Screen Time on Child Development: An Updated Review and Strategies for Management. *Cureus*, 15(6). Doi: 10.7759/cureus.40608
- Pancani L., Riva P., Sacchi S. (2019). Connecting with a Slot Machine: Social Exclusion and Anthropomorphization Increase Gambling. *J Gambl Stud*, 35: 689-707. Doi: 10.1007/s10899-018-9784-9.
- Pitt H., Thomas S.L., Bestman A., Daube M., Derevensky J. (2017). Factors that influence children's gambling attitudes and consumption intentions: lessons for gambling harm prevention research, policies and advocacy strategies. *Harm Reduction Journal*, 14(11). Doi: 10.1186/s12954-017-0136-3.
- Richard J., Temcheff C.E., Derevensky J.L. (2020). Gaming disorder across the lifespan: A scoping review of longitudinal studies. *Current Addiction Reports*, 7: 561-587. Doi: 10.1007/s40429-020-00339-3.
- Richmond-Rakerd L.S., Slutske W.S., Piasecki T.M. (2013). Birth cohort and sex differences in the age of gambling initiation in the United States: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *International Gambling Studies*, 13(3): 417-429. Doi: 10.1080/14459795.2013.836554.
- Schneider L.A., King D.L., Delfabbro P.H. (2017). Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review. *Journal of behavioral addictions*, 6(3): 321-333. Doi: 10.1556/2006.6.2017.035.
- Sir – Agenzia d'informazione. (2001). Testo disponibile al sito: <https://archivio.agensir.it/2018/02/01/bambini-e-gioco-dazzardo-capitanucci-and-le-app-inducono-dipendenza-servirebbe-una-recuperata-cultura-dellinfanzia>.
- Splevins K., Mireskandari S., Clayton K., Blaszczyński A. (2010). Prevalence of adolescent problem gambling, related harms and help-seeking behaviours among an Australian population. *Journal of Gambling Studies*, 26: 189-204. Doi: 10.1007/s10899-009-9169-1.
- Temcheff C.E., Déry M., St-Pierre R.A., Laventure M., Lemelin J. (2016). Precocious Initiation into Smoking, Alcohol Use, and Gambling among Children with Conduct Problems. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(1): 50-58. Doi: 10.1177/0706743715620402.
- Watkins L., Aitken R., Robertson K., Thyne M., Williams J. (2016). Advertisings' Impact on Pre-Schoolers' Brand Knowledge and Materialism. *International Journal of Consumer*. Doi: 10.1111/ijcs.12303.
- Wolf C., Wolf S., Weiss M., Nino G. (2018). Children's Environmental Health in the Digital Era: Understanding Early Screen Exposure as a Preventable Risk Factor for Obesity and Sleep Disorders. *Children (Basel)*, 5(2), 31. Doi: 10.3390/children5020031.
- Wynne H., Smith G., Jacobs D. (1996). *Adolescent gambling and problem gambling in Alberta*. A report prepared for the Alberta Alcohol and Drugs Abuse Commission. Edmonton, Alberta.
- Yao Y.W., Liu L., Ma S.S., Shi X.H., Zhou N., Zhang J.T., Potenza M.N. (2017). Functional and structural neural alterations in Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav*, 83: 313-324. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.10.029.

📄 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

Gruppo Parola: un percorso per promuovere l'autoefficacia emotiva in genitori di figli che fanno uso di Cannabinoidi

Silvia Masci*, Marina Turchetto**, Isa Anastasia***

SUMMARY

■ *This article aims to provide some insights into substance use during adolescence, with a focus on the relational dynamics that take place within the Family System. Introducing the “Gruppo Parola” project, a support group specifically tailored for couples with adolescent children engaged in substance abuse. The group sessions were structured as a series of 20 meetings, with each session lasting 1.30h, held at the Department of Addiction in Pordenone. A total of 10 participants (5 couples: 5 M, 5 W) actively took part in the sessions as parent pairs. Perceived Self-Efficacy in Positive Emotion Management Scale, Perceived Self-Efficacy in Negative Emotion Management Scale, and Perceived Parental Self-Efficacy in Relationship with Children Questionnaire, were administered both at the beginning and end of the meetings to assess changes over time. All three perceived self-efficacy scales exhibited statistically significant increases: Perceived Self-Efficacy in Positive Emotion Management Scale $p < 0.05$, Perceived Self-Efficacy in Negative Emotion Management Scale: $p < 0.05$; Perceived Parental Self-Efficacy in Relationship with Children Questionnaire: $p < 0.05$. Additionally, an examination of the summary from the group dialogues was conducted to identify recurring themes that emerged from the participants' narratives. The increase in scores on the self-efficacy scales may indicate parents developing positive beliefs about their ability to effectively manage stressful life events in relation to their children, through mutual support and sharing. ■*

Keywords: Self-efficacy, Parents, Support group, Substance use disorder, Adolescence.

Parole chiave: Autoefficacia, Genitorialità, Attività di gruppo, Disturbo da uso di sostanze, Adolescenza.

Articolo sottomesso: 21/02/2024, accettato: 20/05/2024

1. Introduzione

1.1. Prospettive sociali e cliniche rispetto all'adolescenza

Il tema dell'adolescenza negli ultimi anni ha riscosso grande attenzione da parte delle scienze sociali e psicologiche; l'adolescenza si caratterizza come una fase di transizione delicata,

* Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento delle Dipendenze e della Salute Mentale, Azienda sanitaria Friuli Occidentale, Pordenone.

** Tirocinante in Psicologia Clinica, Università degli Studi di Padova.

*** Specializzanda in Psicoterapia, Scuola di Specializzazione CISSPAT, Padova.

Si ringraziano le colleghe dott.ssa Alice Martini, dott.ssa Barbara Muzzatti per la loro disponibilità nel visionare l'elaborato presentato.

Se non ci fosse la sofferenza, l'uomo non conoscerebbe i propri limiti, non conoscerebbe se stesso.

Lev Tolstoj, *Guerra e Pace*

che segna il passaggio dall'infanzia all'adulthood. Nell'ambito degli studi psicologici l'adolescenza viene descritta come un'epoca della vita caratterizzata dalla vulnerabilità, dalle contraddizioni, ma anche dalla opportunità di recuperare e rielaborare, a volte, anche traumi infantili che possono essere riattraversati e ricomposti (Costabile, 2011). Ogni adolescente è chiamato, in questa fase, a risolvere i propri compiti evolutivi e a uscire dal mondo infantile, nel quale i genitori erano il principale, se non l'unico, modello a cui riferirsi. Gli adolescenti più fragili possono faticare a tollerare il dolore del crescere, dell'attraversare l'esperienza del fallimento, rischiando di trovarsi nell'incapacità di immaginarsi una via verso la costruzione della loro identità (Lancini, 2019). Si osservano di conseguenza comportamenti a rischio

dannosi per la salute molto diffusi tra gli adolescenti, tra cui l'utilizzo di sostanze psicoattive legali e non (EMCDDA, 2017). La cannabis rappresenta la sostanza illecita più utilizzata dagli adolescenti (Biagioni *et al.*, 2021). Le motivazioni più frequenti associate a questo comportamento sono la ricerca di stabilire una connessione con i pari, migliorare il rapporto con se stessi e il desiderio di ridurre l'ansia legata alle situazioni sociali.

Il consumo della sostanza tra i giovani può essere interpretato da un punto di vista psicologico come segnale di un blocco nella realizzazione dei compiti evolutivi, in una fase delicata in cui il percorso identitario non si è ancora consolidato (Lancini, 2019). Il modello trigerazionale dell'adolescenza di Andolfi (2010) prevede l'osservazione delle relazioni familiari nella loro evoluzione nel tempo, per esplorare il ciclo vitale della famiglia e per individuare nodi problematici che restituiscano al disagio psicologico dell'adolescente un significato allargato al contesto familiare e all'esperienza del "noi".

1.2. Il consumo di cannabis in adolescenza

Nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; APA, 2013) le categorie di abuso e dipendenza da sostanze sono state fuse insieme generando un'unica macrocategoria di "uso di sostanze", valutata lungo un continuum che varia da lieve a grave. Affinché venga effettuata la diagnosi, l'uso deve essere associato ad un disagio " clinicamente significativo", e deve condurre ad una rilevante compromissione nella vita quotidiana.

Secondo Winters (2011), l'uso di sostanze in adolescenza porterebbe ad un maggior rischio di dipendenza da essa, dovuto agli effetti psicologici e fisiologici che le droghe hanno nello sviluppo cerebrale durante il processo di crescita. Il consumo di cannabis durante l'adolescenza può causare cambiamenti strutturali e funzionali nelle regioni prefrontali e temporali del cervello (Lorenzetti *et al.*, 2019), incidendo sul funzionamento cognitivo e provocando performance ridotte nei domini della memoria, attenzione, apprendimento, inibizione dello stimolo nella capacità di analizzare, riconoscere, affrontare i problemi e nella gestione delle emozioni (Morin *et al.*, 2019; Scott *et al.*, 2018). Un utilizzo regolare di cannabis in adolescenza si associa non solo ad alterazioni delle funzioni cognitive ma correla anche con l'insorgenza di sintomatologia psicotica nell'età adulta (Hall, 2015).

1.3. Dinamiche familiari nell'abuso di sostanza: il "family disease"

Nella complessità della fase adolescenziale, i genitori si trovano a far fronte alla difficile richiesta di sostenere i figli nel processo di crescita e di creazione di una identità psicosociale. La famiglia rappresenta infatti il luogo primario di attaccamento, nutrimento e socializzazione. Quanto più le famiglie sapranno fornire vicinanza e supporto emotivo, e sapranno incoraggiare all'autonomia e all'indipendenza, tanto più i figli saranno capaci di affrontare le difficoltà che si presenteranno (Scabini *et al.*, 1999).

A seguito di anni di pratica professionale, Bowen (1979) ha concepito la teoria del sistema familiare, secondo la quale la fa-

miglia formerebbe una struttura composta da individui indipendenti che possono essere compresi solo in relazione ad un sistema più ampio. Secondo questa prospettiva, il funzionamento individuale è considerato come reciprocamente interconnesso con quello degli altri membri che danno forma al contesto relazionale primario (Eddy *et al.*, 2014). Da un'ottica di tipo sistemica (Hoffman, 1981), la famiglia stessa rappresenterebbe uno dei potenziali fattori di protezione, o di rischio, nell'insorgenza di un comportamento di abuso di sostanza lungo tutto l'arco di vita di una persona. Focalizza quindi il problema dell'abuso di sostanza sul modo in cui il funzionamento dell'adolescente interagisce con il funzionamento dei genitori, degli amici e della famiglia estesa.

Secondo alcuni recenti studi, l'abuso di sostanze creerebbe degli effetti indiretti anche sulla salute dei membri del nucleo familiare, toccando le aree del benessere economico, fisico ed emotivo (Dykes & Casker, 2021). L'abuso di sostanza, in ottica sistemico-familiare, è infatti rappresentato come un problema che riguarda la salute di tutta la famiglia, generando un "family disease" che affligge tutti i membri del nucleo familiare (Klostermann *et al.*, 2013). Gli effetti negativi più comuni che sono stati osservati nei familiari sono relativi a problematiche legate allo stress, come insonnia, ansia e depressione; in alcuni casi si manifestano anche isolamento e ideazione suicidaria (Orford *et al.*, 2010). Gli effetti a breve termine includono senso di colpa, preoccupazione e confusione; gli effetti a lungo termine comprendono l'insorgenza di problematiche fisiche e di psicopatologie (Ray *et al.*, 2009). Secondo Lander (2013), gli atteggiamenti adottati dalle famiglie, per fronteggiare e gestire i problemi legati alla dipendenza, possono peggiorare la condizione patologica del figlio abusante, influenzandone la percezione che ha del proprio problema.

La famiglia di origine può essere vista anche come una risorsa fondamentale: può infatti rappresentare il sistema per mezzo del quale e su cui agire *in itinere* per influire positivamente nel raggiungimento di esiti di benessere e cura. È stato riscontrato inoltre che i membri familiari che godono di un buon supporto sociale sono maggiormente capaci di offrire sostegno ai loro figli per aiutarli a far fronte alla condizione patologica (Hoeck *et al.*, 2012). Gli studi hanno osservato che la partecipazione a gruppi di supporto potrebbe determinare una serie di benefici da un punto di vista psicologico con un incremento nei livelli individuali di autostima, di fiducia di sé e delle proprie capacità e di *empowerment*; i genitori quando si confrontano con persone che vivono esperienze comuni, non solo percepiscono un senso di vicinanza, ma possono anche fruire di un supporto esterno con cui è possibile condividere strategie di coping e consigli pratici.

A partire da queste considerazioni emerge, come prerogativa fondamentale, tenere presente i bisogni e le potenzialità della famiglia all'interno dei programmi relativi alla salute di persone che abusano di sostanze: da una parte sono da riconoscere le necessità e la sofferenza dei membri del nucleo famiglia, e dall'altra è possibile fare leva sul ruolo che i familiari possono svolgere in termini di aiuto per coloro che iniziano un trattamento (Miller *et al.*, 1999; Meyers & Smith, 1995). Seguendo questa linea di pensiero e riconoscendone le potenzialità, il coinvolgimento del nucleo familiare è stato inserito nelle linee guida degli interventi psicosociali inerenti al trattamento dell'abuso di sostanze (NICE, 2019; HM Government, 2008). Sono

varie le evidenze in letteratura che mostrano l'efficacia di programmi di gruppo per genitori nella riduzione di comportamenti problematici nei figli (Dretzke *et al.*, 2005) e nello sviluppo nei genitori stessi di un senso di autoefficacia (Barlow *et al.*, 2011). Da uno studio di Kene (2007) è stato sottolineato come fosse di fondamentale importanza nei programmi di gruppo per genitori focalizzarsi nell'insegnamento di conoscenze riguardo il tema in oggetto, di competenze pratiche per fare fronte al problema e creare un ambiente in cui potesse essere offerto e percepito supporto reciproco.

1.4. Il costrutto dell'autoefficacia

Il costrutto di autoefficacia si inserisce all'interno della cornice di pensiero della Teoria Socio-cognitiva di Bandura (1977, 1997), e fa riferimento alle convinzioni che un individuo ha rispetto alle proprie capacità di riuscire a gestire adeguatamente e a padroneggiare le situazioni difficili in cui può imbattersi, raggiungendo i risultati prefissati. Secondo Bandura (1997) le convinzioni di autoefficacia rappresentano i predittori più prossimi del comportamento, esse infatti esercitano un'influenza diretta sulle decisioni personali: prima di compiere un'azione che viene percepita come sfidante, le persone tendono a riflettere sulle proprie capacità, scelgono di agire e adeguare il proprio comportamento sulla base della valutazione che danno di se stessi.

L'autoefficacia può essere vista come un possibile modulatore dell'esperienza affettiva, a tal proposito Caprara (2001) considera che:

il grado in cui le persone ritengono di sapere dominare i propri affetti positivi e negativi abbia un ruolo determinante nell'improntare il rapporto con se stessi e con gli altri e nel preservare il loro benessere (Caprara 2001, p. 36 ed. orig.).

La regolazione delle emozioni e degli affetti, intesi come sentimenti e umori relativi a stati di benessere o malessere, rappresentano degli aspetti di fondamentale importanza per il funzionamento ottimale della personalità e hanno mostrato avere un forte impatto positivo nell'utilizzo delle risorse fisiche personali e nella capacità di agire di fronte ad eventi negativi (Capanna & Steca, 2006). La regolazione emotiva rappresenta un fattore portante nell'adattamento sociale (Gross & John, 2003) e nel benessere psicologico individuale: scarsi livelli possono concorrere all'insorgenza di eventuali psicopatologie depressive e allo sviluppo di disturbi d'ansia (Siener & Kerns, 2012).

Evidenze in letteratura hanno rilevato che le convinzioni di autoefficacia personale abbiano un impatto positivo anche sulle modalità con cui i membri della famiglia fanno fronte a eventi critici. È emerso in particolar modo come l'autoefficacia percepita dai genitori durante la complessa fase adolescenziale dei figli, rappresenti un fattore protettivo importante nella genitorialità e possa incidere nella qualità delle pratiche educative (Caprara, 2001). L'autoefficacia genitoriale è definita come l'aspettativa che i genitori nutrono riguardo le proprie capacità di avere successo nel proprio ruolo grazie ai metodi genitoriali utilizzati (Jones *et al.*, 2005) e appare essere associata all'uso funzionale di comportamenti adattivi (Coleman *et al.*, 1998) e di strategie efficaci di pratiche parentali (Bloomfield *et al.*, 2005).

2. Metodo

2.1. Il progetto "gruppo parola"

Il Dipartimento delle Dipendenze e della Salute Mentale di Pordenone, con la collaborazione dell'associazione onlus "I Ragazzi della Panchina", offre la possibilità a genitori di figli che utilizzano sostanze stupefacenti di partecipare a una serie di incontri informativi e di supporto. L'attività del "Gruppo Parola" è nata con lo scopo di dare un "luogo" e un "tempo" ai genitori per riconoscere, narrare ed elaborare eventi dolorosi legati ai comportamenti a rischio dei propri figli e per fornire informazioni tecnico-pratiche riguardo l'uso di sostanze stupefacenti in adolescenza.

2.2. Descrizione del progetto

Il percorso è stato strutturato in 20 incontri di un'ora e mezza nel Dipartimento delle Dipendenze e della Salute Mentale di Pordenone con una frequenza quindicinale. La conduzione del gruppo è stata affidata ad un medico e ad una psicologa-psicoterapeuta del Servizio, con la presenza di un verbalizzatore.

Ogni incontro è stato articolato affrontando alcune aree di interesse sulla base dell'esperienza diretta degli operatori e degli studi presenti in letteratura; ad un primo incontro conoscitivo del gruppo, gli incontri sono stati predisposti in modo tale da favorire la psico-educazione delle famiglie riguardo alcuni temi inerenti all'adolescenza, all'abuso di sostanza e al ruolo genitoriale. I nuclei psicologici a cui si è fatto riferimento sono stati: lo sviluppo psico-effettivo dell'adolescente (Lancini, 2019) e i compiti evolutivi da superare (Charmet, 2000); l'importanza del riconoscimento sociale nel gruppo nella formazione dell'identità (Lancini, 2019); l'uso di cannabinoidi e sostanze stupefacenti in adolescenza e l'effetto sul cervello, (Hall 2015); il comportamento a rischio dell'adolescente (Trincas *et al.*, 2008); l'autoefficacia genitoriale (Bandura, 1997; Russo *et al.*, 2023); lo spazio e il tempo della coppia genitori all'interno della famiglia (Miller *et al.*, 1999); comunicazione assertiva e gestione del conflitto (Nakhaee *et al.*, 2017).

I temi trattati sono stati programmati precedentemente dai conduttori del gruppo ma non sono stati strutturati in modo rigido, era infatti prerogativa degli operatori ascoltare le necessità dei partecipanti e adattarsi alle narrazioni al fine di stimolare la riflessione continua. Il gruppo è stato costituito secondo la metodologia attiva del *circle time*, i partecipanti sono stati disposti a cerchio per creare un clima di collaborazione e facilitare gli scambi comunicativi orizzontali (Curry, 1997). Ad una prima fase psicoeducativa faceva seguito un momento di condivisione delle esperienze, delle emozioni e delle strategie adattive utili a ridurre il carico emotivo dei partecipanti. I facilitatori del gruppo avevano lo scopo di creare un clima di fiducia e rispetto aiutando i partecipanti a valorizzare le proprie esperienze di vita, a gestire eventuali conflitti e promuovere il *problem solving*. Gli operatori avevano anche il compito di riformulare le comunicazioni quando non apparivano chiare al gruppo e di coinvolgere ogni partecipante attraverso l'ascolto attivo, l'utilizzo di domande aperte, fornendo supporto e offrendo *feedback* continui.

Ad ogni incontro un verbalizzatore aveva il compito di trascrivere le conversazioni del gruppo in modo quanto letterale possibile, per tenere memoria degli incontri e sulla base delle riflessioni e richieste avanzate dai partecipanti, offrire degli approfondimenti.

2.3. Obiettivi del progetto

Il Gruppo Parola si è posto l'obiettivo di favorire lo sviluppo di un senso di autoefficacia nei genitori di figli adolescenti consumatori di cannabis, attraverso l'espressione e la narrazione del disagio vissuto nella gestione delle relazioni all'interno del sistema famiglia.

Tra gli obiettivi del progetto non valutati al fine del paper è stato considerato altrettanto importante favorire la narrazione e l'espressione del disagio vissuto dai genitori nella gestione delle relazioni all'interno del sistema famiglia. Il confronto tra i genitori e gli operatori ha avuto anche lo scopo di stimolare la riflessione sul significato dell'uso di cannabis in adolescenza e sulle conseguenze che comporta alla salute. Il gruppo si è posto inoltre lo scopo di attivare nei genitori l'ascolto attivo ed empatico, di migliorare la percezione personale di autoefficacia e di rafforzare le strategie di *coping*.

Attraverso il gruppo gli operatori hanno infine creato un'occasione per i figli di venire a conoscenza dei servizi offerti dal Dipartimento delle Dipendenze e della Salute Mentale ed eventualmente avviare un percorso di cura individuale. Al primo incontro ai partecipanti sono state fornite quattro indicazioni a cui cercare di adeguarsi durante tutto il percorso di gruppo: ascoltare attentamente, comunicare le proprie idee ed emozioni, non interrompere chi parla e non giudicare.

2.4. Partecipanti

Il Dipartimento delle Dipendenze e della Salute Mentale ha coinvolto genitori di figli adolescenti e giovani adulti (14-23 anni, 5F, 5M) consumatori di cannabis e altre sostanze, alcuni dei quali non rivoltisi ancora al Servizio per chiedere un aiuto. Una prerogativa necessaria per la partecipazione al gruppo prevedeva che, dove possibile, fossero coinvolti entrambi i membri della coppia genitoriale. La partecipazione al gruppo è stata consentita ad un massimo di 10 partecipanti per permettere a ogni persona di avere uno spazio e un tempo dedicatogli. Il gruppo è stato formato da 5 coppie di genitori (5 padri e 5 madri) e tutti i partecipanti hanno preso parte allo studio.

Alcuni dei partecipanti sono stati coinvolti in quanto genitori di figli già seguiti dal dipartimento; altre famiglie si erano rivolte loro stesse al Servizio non sapendo come affrontare le problematiche dei figli che usavano sostanze. A loro è stato proposto di partecipare a un gruppo di discussione per soli genitori che affrontavano le medesime problematiche.

Un consenso informato per la partecipazione allo studio è stato compilato nella fase di post-selezione dei partecipanti e un consenso privacy per l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

2.5. Gli strumenti di verifica degli obiettivi

Al fine di verificare gli obiettivi prefissati è stata svolta un'analisi di tipo quantitativo attraverso la somministrazione di alcuni strumenti di indagine *self-report* per la valutazione delle abilità di autoefficacia ai 10 partecipanti del Gruppo Parola nel corso del primo (pre-test) e dell'ultimo incontro (post-test).

Si è utilizzata la Scala di Autoefficacia Percepita nella Gestione delle Emozioni Positive (APEP/A) (Caprara, 2001) per misurare le convinzioni relative alle capacità personali di esprimere le proprie emozioni positive. La versione definitiva è composta da 7 item che identificano alcune situazioni in cui le persone sperimentano sentimenti di entusiasmo, gioia e soddisfazione; le risposte sono su scala Likert da 1 "per nulla capace" a 5 "del tutto capace". La versione originale di questa scala presenta un'elevata attendibilità con Alpha di Croanbach pari a .83.

La Scala di Autoefficacia Percepita nella gestione delle Emozioni Negative (APEN/A) (Caprara, 2001) è stata utilizzata per la misura delle convinzioni relative alle proprie capacità di regolare adeguatamente le emozioni negative. La scala presenta elevata attendibilità con Alpha di Croanbach pari a .83 nella sua versione originale. La scala è costituita da 8 item che descrivono differenti situazioni in cui le persone possono fare esperienza di stati di ansia, disagio, insofferenza, rabbia e irritazione. La modalità di risposta va da 1 "per nulla capace" a 5 "del tutto capace".

Il Questionario di Autoefficacia Genitoriale Percepita nella Relazione con i Figli (AGPRF) (Caprara, 2001) è stato somministrato per valutare le convinzioni dei genitori di essere capaci di gestire alcuni aspetti critici della relazione con i propri figli adolescenti. La scala è composta da 15 item presentati su scala Likert con modalità di risposta da 1 "per niente" a 7 "del tutto capace". L'attendibilità della scala risulta essere elevata nella sua versione originale, con Alpha di Croanbach pari a .95.

Successivamente sono state lette tutte le trascrizioni dei riassunti dei dialoghi di gruppo con il fine di ripercorrere il filo conduttore delle narrazioni e individuare i temi ricorrenti attraverso il metodo di analisi tematica dei dati qualitativi (Braun & Clarke, 2006). L'analisi tematica rappresenta una delle forme più comuni e flessibili di analisi qualitativa, implica la lettura di un insieme di dati e l'identificazione, attraverso l'analisi e l'interpretazione di questi, di modelli di significato utili per lo studio considerato, consente enfatizzare il ruolo dell'esperienza vissuta dai partecipanti. Il processo di analisi tematica ha inizio con una prima familiarizzazione con i dati attraverso una lettura e riletture approfondite dei dati per intero; segue una costruzione di codici iniziali per indicare i pattern e significati ripetuti ritenuti interessanti lungo l'intero data set; i codici iniziali vengono poi suddivisi e raggruppati in potenziali temi che poi vengono controllati e revisionati; seguono una fase in cui viene dato un nome ai temi emersi e la creazione di un report con esempi di estratti dei dati. Per una lettura più approfondita sull'analisi tematica in psicologia si consiglia l'articolo di Braun e Clarke (2006).

3. Analisi

L'analisi dei dati è stata condotta attraverso un t-test per campioni appaiati confrontando le medie ottenute per ogni scala al

pre-test e al post-test con il software di analisi statistica R. Il valore di alpha stabilito per valutare la validità dei risultati è stato fissato a p inferiore a .05.

È stata eseguita un'analisi tematica dei dati qualitativi prendendo in esame tutti i riassunti dei dialoghi avvenuti durante gli incontri.

4. Risultati

4.1. Dati quantitativi

In Tabella 1 sono riportate le medie (M), le deviazioni standard (DS) e il p -value (p) delle variabili considerate.

Tab. 1 - Medie e differenze dei costrutti nel pre test e post test

	Pre test		Post test		p
	M	DS	M	DS	
APEP/A	3.57	.61	3.91	.49	0.020*
APEN/A	2.98	.63	3.18	.35	0.046*
AGPRF	3.47	.37	4.04	0.38	0.036*

* p value inferiore a 0.05

M = media, DS = deviazione standard, p = p -value

Dal confronto fra i dati ricavati nel pre-test e nel post-test si possono osservare punteggi significativamente più alti al termine degli incontri di gruppo in tutti i costrutti di autoefficacia percepita misurati attraverso le scale APEP/A ($t = 2.81$; $p = 0.020$), scala APEN/A ($t = 2.30$, $p = 0.046$), AGPRF ($t = 2.47$; $p = 0.036$).

4.2. Le narrazioni dei genitori

Dall'analisi tematica sono emersi alcuni temi ricorrenti: *confronto e ricerca di sostegno, emozione di rabbia, sentimento di impotenza, perdita del ruolo genitoriale, mancanza di speranza verso il futuro e perdita del figlio ideale*.

4.2.1. Confronto e ricerca di un sostegno

Un tema che emerge in modo preponderante nelle conversazioni dei genitori riguarda il sostegno offerto dal gruppo. I genitori in vari momenti hanno potuto confrontare storie ed eventi di vita con quelle degli altri membri: la condivisione ha permesso di dare espressione ai vissuti emotivi, accogliere il sentimento di solitudine e contenere la profondità del proprio dolore. I genitori si sono dati forza a vicenda e si sono confrontati sulle loro strategie di *coping* più e meno efficaci per fare fronte a situazioni problematiche.

Sono state riportate alcune affermazioni dei genitori nel corso degli incontri di gruppo:

"Ascoltando le esperienze degli altri mi sento un po' più serena pensando alla mia situazione".

"Mi sono sentita meno sola nella situazione di spavento che vivo ora, confrontare le emozioni mi aiuta".

"Abbiamo un cammino comune anche se ci troviamo in punti diversi".

4.2.2. Emozione di rabbia

Gli incontri di gruppo hanno avuto anche l'obiettivo di dare libera espressione ai vissuti emotivi dei partecipanti: sono emersi in maniera preponderante l'emozione della rabbia e il sentimento della frustrazione. Si è osservato che sono per lo più le madri a manifestare la rabbia, un'emozione che sembrava non essere provocata solo dai comportamenti dei figli, ma soprattutto pareva essere rivolta verso se stesse per il senso di inadeguatezza e fallimento personale provato.

"Se penso adesso provo ancora la stessa rabbia, forse non l'ho elaborata, non l'ho buttata fuori".

"Provo rabbia con me stessa perché non riesco a fidarmi di lui".

4.2.3. Sentimento di impotenza

I partecipanti hanno manifestato, soprattutto negli incontri iniziali, sentimenti di esasperazione e di esaurimento emotivo; la continuità dei comportamenti messi in atto dai figli in cui non traspariva alcun cambiamento ha portato i genitori a percepirsi impotenti e disarmati, nel timore che nessuna azione da loro compiuta fosse capace di modificare il comportamento a rischio dei figli.

"Ora basta, sono stanca, sono andata avanti all'esasperazione".

"Spesso ci sono momenti in cui mi sento proprio ferma, mi chiedo perché molte volte non riesco ad agire".

"Mi spiazza la costanza del muro invalicabile che mio figlio pone e questo mi fa provare un immenso vuoto interiore, sento di non poter fare niente".

4.2.4. Perdita del ruolo genitoriale

Un altro tema che emerge frequentemente nelle narrazioni di gruppo riguarda la personale percezione del ruolo che i genitori credono di aver perduto di fronte ai propri figli: molti riferiscono di percepirsi sminuiti, impotenti, fermi e talvolta impauriti. In molte occasioni i partecipanti manifestano il disagio nell'essere oggetto di critiche e scherni continui da parte dei figli.

"Mi sento sempre sotto esame come genitore, come se potessi sempre sbagliare qualcosa".

"Quando lei gioca sul mio senso di colpa mi pietrifica".

"Noi come genitori valiamo poco, la nostra parola vale zero!".

4.2.5. Mancanza di speranza verso il futuro

Un ulteriore elemento che pare accomunare le madri e i padri, che hanno partecipato al gruppo di supporto, è l'atteggiamento di sfiducia verso il futuro, che si manifesta attraverso una visione negativa di quello che può accadere e di mancanza di speranza che qualcosa possa migliorare. È esemplare il caso di un

genitore che ha manifestato il timore di rimanere deluso dalle proprie speranze di un cambiamento positivo.

“Ho paura di non poter gioire dei progressi, non possiamo stare tranquilli quando lo vediamo migliorare”.

“Siamo impotenti e frustrati perché sembra non esserci alcuna possibilità futura”.

Questo atteggiamento, almeno in parte, è parso cambiare nel corso degli incontri e sono emerse alcune affermazioni rivolte a cogliere i piccoli miglioramenti nei comportamenti dei figli, con uno sguardo di speranza verso il divenire.

“È come se ora fosse aperto alle riflessioni, mentre prima non passava niente”.

4.2.6. Perdita del figlio ideale

Nel corso degli incontri i partecipanti hanno fatto riferimento frequentemente ai cambiamenti che passivamente hanno osservato avvenire nei propri figli dall'età infantile all'adolescenza. Molti genitori hanno espresso la difficoltà a riconoscere e accettare che dentro quel corpo adulto, aggressivo ed irriverente, si nascondesse il proprio bambino: il figlio o la figlia che non hanno rispettato le aspettative genitoriali e nella crescita hanno subito un mutamento tale da renderli irricognoscibili.

“Vedo costantemente mia figlia cambiare, è falsa e aggressiva”.

“Il mio problema più grande è accettare mio figlio, perché così com'è è tanto difficile”.

5. Discussione dei risultati

5.1. Evidenze quantitative relative al costrutto dell'autoefficacia

Lo studio aveva l'obiettivo di favorire l'espressione e la narrazione del disagio vissuto dai genitori di figli adolescenti consumatori di cannabis, nella gestione delle relazioni all'interno del sistema famiglia. Dalle scale somministrate è emerso come nei partecipanti migliori in modo statisticamente significativo il senso di autoefficacia percepita dopo aver partecipato a 20 incontri di gruppo.

I valori significativamente più alti al post-test nei questionari APEP/A e APEN/A potrebbero indicare una miglior capacità dei genitori nell'espressione di affetti positivi come gioia, entusiasmo e orgoglio, in risposta a eventi piacevoli e dei propri affetti negativi, come ad esempio di ansia, rabbia, disagio, insofferenza, sconforto e irritazione. Le scale APEP/A e APEN/A sono due scale di autoefficacia emotiva che valutano le “*strutture cognitivo-motivazionali*” ossia le convinzioni che rispecchiano le capacità di riconoscere, esprimere e gestire le proprie emozioni, siano esse positive o negative. Tali convinzioni si configurano come indicatori della capacità personale di regolare le proprie emozioni (Caprara *et al.*, 2008). Beck (1995), padre della teoria cognitivista, ritiene infatti che il sentirsi capaci di far fronte alle difficoltà, assieme al bisogno di sentirsi amati e rispettati, identifichino uno schema cognitivo fondamentale da cui trag-

gono origine tutte le assunzioni e valutazioni personali che un individuo ha di se stesso. Percepire di avere un supporto sociale emotivo rifletterebbe infatti lo schema di base di essere una persona amabile e percepirsi auto efficaci rifletterebbe lo schema di base di essere una persona capace: queste due variabili nell'insieme darebbero forma all'ottimismo e alla soddisfazione di vita (Karademas, 2006).

Il supporto sociale ricevuto, la condivisione emotiva e il confronto su temi critici e su strategie pratiche con cui affrontare eventi tipici, potrebbero aver creato un terreno fertile che permettesse ai genitori di valutarsi maggiormente autoefficaci nella capacità di regolare e gestire la propria emotività (Rossetto *et al.*, 2014).

Differenze significative, con un aumento dei punteggi al post-test, si osservano anche per quanto riguarda la scala AGPRF, e suggerisce vi siano stati nel percorso di gruppo dei cambiamenti nelle convinzioni di autoefficacia genitoriale dei partecipanti. I risultati emersi in questo studio appaiono in linea con l'attuale letteratura, che evidenzia come gli interventi di gruppo per genitori rappresentino uno strumento efficace per l'aumento della *self-efficacy* genitoriale (Gross *et al.*, 2003; Breitenstein *et al.*, 2012). Questi risultati potrebbero essere compresi alla luce del fatto che all'interno del gruppo, in interazione con altri partecipanti e professionisti esperti, i genitori potrebbero aver appreso nuove strategie di comunicazione, di gestione dei conflitti, di supporto e di guida. Secondo una metanalisi condotta da Kene (2007) i percorsi di gruppo per genitori in cui si promuove l'acquisizione di conoscenze e di abilità, assieme a comprensione e accettazione, sarebbero utili nel ristabilire la presa di controllo e nel rendere i genitori maggiormente capaci nel far fronte alle problematiche dei figli.

5.2. Nuclei tematici emersi dalle narrazioni

A partire dagli elementi emersi dalle narrazioni del gruppo, è possibile offrire una visione di insieme di ciò che accade all'interno delle dinamiche relazionali che avvengono fra genitori e figli.

La perdita del ruolo genitoriale, il lutto del figlio ideale e il senso di impotenza manifestato sono tutti elementi che sorgono di fronte ai comportamenti aggressivi, trasgressivi e talvolta autolesivi dei figli. Sono un insieme di temi riconducibili al costrutto di *burnout* genitoriale (Mikolajczak *et al.*, 2019) che si sviluppa a seguito di una prolungata esposizione allo stress genitoriale cronico e sovraccaricante, quando è percepito uno squilibrio cronico tra richieste e risorse. Il costrutto comprende tre dimensioni: esaurimento emotivo caratterizzato dalla sensazione di svuotamento e sopraffazione del proprio ruolo genitoriale; distanza emotiva dai figli con un'implicazione sull'educazione e sull'accudimento dei figli; perdita del senso di efficacia nel proprio ruolo. In questo studio madri e padri riferiscono infatti di sentirsi impotenti, di non poter esercitare il proprio ruolo né di stabilire limiti o regole; si sentono costantemente sminuiti come genitori, di essere oggetto di scherno, di prese in giro e non rispettati. In famiglie dove vi è un abuso di sostanze i ruoli familiari sono spesso mancanti o distorti (Gruber & Taylor, 2006) e in questo studio si rappresenta l'immagine di genitori “vittime” che soggiacciono alle perturbazioni dei comportamenti dei figli “carnefici”. Il primo a parlare di impotenza ap-

presa fu Seligman (1967) per definire quell'insieme di risposte di abbandono e rinuncia, di passività e senso di incapacità a fronte della credenza che le proprie azioni non siano importanti e non siano capaci di ottenere i risultati attesi. Il senso di impotenza esperito blocca la possibilità di azione nei genitori, facendo sorgere un senso di una mancanza di speranza che i figli possano modificare i propri comportamenti, e sentimenti di frustrazione e rabbia. Il senso di mancanza di speranza, anche definito *hopelessness* da Beck (1974), descrive un costrutto psicologico identificativo degli schemi cognitivi che hanno alla base delle aspettative negative verso il futuro; all'interno di questo circolo vizioso dove i comportamenti disfunzionali sia dei figli che dei genitori paiono autoalimentarsi, le prospettive di un cambiamento sembrano ridursi notevolmente. Gli altri genitori, possono offrire uno specchio in cui osservare quello che nella propria vita sta accadendo, avendo così la possibilità di individuare soluzioni alternative e creative.

Il gruppo rappresenta un momento di condivisione in cui le esperienze e le emozioni vissute trovano una risonanza con quelle di altri genitori, in un ambiente di vicinanza e supporto non giudicante. Condividere le esperienze e percepire che altre persone vicine a sé possano provare gli stessi sentimenti di sconforto può aiutare a sentirsi meno soli e più simili agli altri. Il senso di comune umanità rappresenta una delle tre componenti della *self-compassion* che Kristin Neff (2003) ha descritto in base agli insegnamenti di grandi maestri buddisti. Secondo l'autrice, la strada verso il benessere passa attraverso la consapevolezza che tutti gli uomini condividono una comune natura fallibile e imperfetta, e che il dolore fa parte di ogni altro essere vivente sulla Terra. A partire da questi presupposti, il supporto che possono fornire altri con esperienze comuni, può sollecitare una comprensione più profonda della propria situazione, nella presa di consapevolezza che il dolore, per quanto indesiderato, appartiene di fatto a qualsiasi essere umano.

6. Limiti dello studio

L'esperienza del "Gruppo Parola" presenta alcuni limiti dovuti alla natura del progetto. In primis i dati analizzati riguardano un gruppo di ristretta entità; studi futuri con il contributo di un maggior numero di partecipanti saranno necessari per ampliare il campione di indagine. In secondo luogo sono state utilizzate unicamente scale di misura dell'autoefficacia percepita a risposta forzata; per avere una panoramica più ampia dell'esperienza dei genitori potrebbe risultare di maggior utilità fare uso di scale di misura relative ad altri costrutti, come ad esempio la regolazione emotiva, l'autostima o il benessere percepito.

Un altro limite dello studio è rappresentato dalla mancanza di un'analisi di *follow-up* per monitorare l'andamento dei miglioramenti riguardanti il senso di autoefficacia percepita.

7. Conclusioni

All'interno del gruppo i genitori hanno condiviso il disagio di quanto stava accadendo nelle loro vite, degli equilibri familiari alterati e del ruolo che come genitori si trovavano a dover ridefinire. L'esperienza del Gruppo Parola ha consentito

ad ognuno di raccontare la propria esperienza dando voce ai vissuti di disagio e sofferenza che spesso, per vergogna o per paura di non essere compresi, vengono taciuti. All'interno di questo spazio dedicato, i genitori hanno potuto sentirsi meno soli, alleggeriti dalle proprie difficoltà, confrontando così le proprie esperienze con chi vive le medesime problematiche. Nel rimanere bloccati nel dolore la persona perde speranza e fiducia rispetto al futuro, reputando inutile qualsiasi propria azione. Sviluppare un senso di autoefficacia e percepirsi capaci di avere un potere nella propria vita è fondamentale per uscire da una situazione critica, poiché è solo agendo che può avvenire un cambiamento.

I temi emersi attraverso il dialogo e la condivisione hanno permesso ai genitori di confrontarsi con un senso di paura, un senso di vuoto, solitudine e altri stati d'animo dolorosi che emergono sia nei figli che in loro stessi. Attraverso l'esperienza di gruppo i partecipanti, hanno riflettuto sulle proprie modalità relazionali con i figli cominciando a modificare l'atteggiamento giudicante verso questi e verso sé. Hanno inoltre trovato soluzioni alternative per avvicinarsi e comunicare meglio. Il lavoro congiunto e le riflessioni condivise durante le sessioni di gruppo, hanno aiutato i genitori a portare fuori e ad affrontare situazioni dolorose, recuperando anche l'importanza di dedicare del tempo alla coppia nonostante le difficoltà presenti. Gestire il dolore significa viverlo: in ciò risiede l'opportunità di accettarlo ed accoglierlo per quello che è, ossia come parte inevitabile dell'esperienza umana.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* – Quinta edizione. DSM-5. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2015.
- Andolfi M., Mascellani A. (2010). *Storie di adolescenza. Esperienze di terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman. Doi: 10.1891/0889-8391.13.2.158.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191. Doi: 10.1037/0033-295x.84.2.191.
- Barlow J., Smailagic N., Bennett C., Huband N., Jones H., Coren E. (2011). Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD002964. Doi: 10.1002/14651858.CD002964.pub2.
- Barlow J., Smailagic N., Huband N., Roloff V., Bennett C. (2012). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD002020. doi: 10.1002/14651858. CD002020.pub3.
- Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861.
- Beck J.S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford.
- Biagioni S., Sacco S., Molinaro S. (2021). I comportamenti a rischio tra gli studenti. *Espad*, 5-6. Italia.
- Bowen M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo*. Roma: Astrolabio.
- Braun V., Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2): 77-101. Doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Capanna C., Steca P. (2006). Convinzioni di efficacia personale e prosocialità. In: G.V. Caprara, S. Bonino (a cura di), *Il*

- comportamento prosociale. *Aspetti individuali, familiari e sociali* (pp. 125-134). Trento: Erickson.
- Caprara G.V. (Ed.) (2001). *La valutazione dell'autoefficacia. Costrutti e strumenti*. Edizioni Erickson.
- Caprara G.V., Fida R., Vecchione M., Del Bove G., Vecchio G.M., Barbaranelli C., Bandura A. (2008). Longitudinal analysis of the role of perceived self-efficacy for self-regulated learning in academic continuance and achievement. *Journal of educational psychology*, 100(3), 525. Doi: 10.1037/0022-0663.100.3.525.
- Costabile A., Bellacicco D., Bellagamba F., Stevani J. (2011). *Fondamenti di psicologia dello sviluppo*. Roma-Bari: Laterza.
- Curry M. (1997). Providing emotional support through circle time: a case study. *Support for Learning*, 12(3): 126-129.
- Dretzke J., Frew E., Davenport C., Barlow J., Stewart-Brown S., Sandercock J., Taylor R. (2005). The effectiveness and costeffectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technology Assessment*, 9(50): 1-250. Doi: 10.3310/hta9500.
- Dykes G., Casker R. (2021). Adolescents and substance abuse: the effects of substance abuse on parents and siblings. *International Journal of Adolescence and Youth*, 26(1): 224-237. Doi: 10.1080/02673843.2021.1908376.
- Eddy M.J., Martinez Jr C.R., Metzler C.W., Heyman R.E. (2014). Family. In: Z. Sloboda, H. Petras (Eds.). *Defining prevention science* (pp. 137-150). New York, NY: Springer. Doi: 10.1007/978-1-4899-7424-2_6.
- EMCDDA I. (2017). *European drug report 2017: trends and developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Gross J.J., John O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implication for affect, relationship and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2): 348-362. Doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348.
- Gruber K.J., Taylor M.F. (2006). A family perspective for substance abuse: Implications from the literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6(1/2): 1-29. Doi: 10.1300/J160v06n01_01.
- Hall W.D. (2015). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, 110: 19-35. Doi: 10.1111/add.12703.
- HM Government (2008). *Drugs: Protecting Families and Communities. The 2008 Drug Strategy*. London: HM Government.
- Hoeck S., Van Hal G. (2012). Experiences of parents of substance-abusing young people attending support groups. *Archives of Public Health*, 70(1): 1-11. Doi: 10.1186/0778-7367-70-11.
- Hoffman L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Kane G., Wood V., Barlow J. (2007). Parenting programmes: A systematic review and synthesis of qualitative research. *Child: Care, Health and Development*, 33(6): 784-793. Doi: 10.1111/j. 1365-2214.2007.00750.x.
- Karademas E.C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and individual differences*, 40(6): 1281-1290. Doi: 10.1016/j.paid.2005.10.019.
- Klostermann K., O'Farrell T.J. (2013). Treating substance abuse: Partner and family approaches. *Social Work in Public Health*, 28(3-4): 234-247. Doi: 10.1080/19371918.2013.759014.
- Lancini M. (2019). *Il ritiro sociale negli adolescenti. La solitudine di una generazione iperconnessa*. Raffaello Cortina.
- Lorenzetti V., Chye Y., Silva P., Solowij N., Roberts C.A. (2019). Does regular cannabis use affect neuroanatomy? An updated systematic review and meta-analysis of structural neuroimaging studies. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 269(1): 59-71. Doi: 10.1007/s00406-019-00979-1.
- Meyers R.J., Smith J.E. (1995). *Clinical Guide to Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach*. New York: Plenum. Doi: 10.1093/alcac/38.1.96-a.
- Mikolajczak M., Gross J.J., Roskam I. (2019). Parental burnout: What is it, and why does it matter? *Clinical Psychological Science*, 7(6): 1319-1329. Doi: 10.1177/2167702619858430.
- Miller W.R., Meyers R.J., Tonigan J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 688-697. Doi: 10.1037/0022-006x.67.5.688.
- Morin J.F.G., Afzali M.H., Bourque J., Stewart S.H., Séguin J.R., O'Leary-Barrett M., Conrod P.J. (2019). A population-based analysis of the relationship between substance use and adolescent cognitive development. *American Journal of Psychiatry*, 176(2): 98-106. Doi: 10.1176/appi.ajp.2018.18020202.
- Nakhaee S., Vagharseyyedin S.A., Afkar E., Mood M.S. (2017). The relationship of family communication pattern with adolescents' assertiveness. *Modern Care Journal*, 14(4). Doi: 10.5812/modernc.66696.
- Nardone G., Milanese R., Cagnoni F. (2021). *La mente ferita: Attraversare il dolore per superarlo*. Ponte alle Grazie.
- Neff K.D. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2: 85-10. Doi: 10.1080/15298860309032.
- NICE (2019). Surveillance of drug misuse in over 16s: opioid detoxification - NICE guideline CG52. Rapporto di sorveglianza.
- Nichols M.P., Schwartz R.C. (1998). *Family therapy: Concepts and methods* (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Orford J., Copello A., Velleman R., Templeton L. (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(sup1): 36-43. Doi: 10.3109/09687637.2010.514801.
- Pietropolli Charmet G., Riva E. (1994). *Adolescenti in crisi, genitori in difficoltà*. Milano: FrancoAngeli.
- Pietropolli Charmet G. (2000). *Mentalizzazione del corpo. I nuovi adolescenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ray G., Mertens J., Weisner C. (2009). Family members of people with alcohol or drug dependence: Health problems and medical costs compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*, 104: 203-214. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02447.
- Rossetto K.R., Lannutti P.J., Smith R.A. (2014). Investigating self-efficacy and emotional challenge as contributors to willingness to provide emotional support. *Southern Communication Journal*, 79(1): 41-58. Doi: 10.1080/1041794X.2013.854404.
- Scabini E., Lanz M., Marta E. (1999). Psychosocial adjustment and family relationships: A typology of Italian families with a late adolescent. *Journal of youth and adolescence*, 28(6): 633-644. Doi: 10.1023/a:1021614915850.
- Scott J.C., Slomiak S.T., Jones J.D., Rosen A.F., Moore T.M., Gur R.C. (2018). Association of cannabis with cognitive functioning in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 75(6): 585-595. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0335.
- Siener S., Kerns K. (2012). Emotion regulation and depressive symptoms in preadolescence. *Child Psychiatry & Human Development*, 43: 414-430. Doi: 10.1007/s10578-011-0274-x.
- Smith J.E., Meyers R.J. (1995). *The community reinforcement approach*.
- Trincas R., Patrizi M., Couyoumdjian A. (2008). Parental monitoring e comportamenti a rischio in adolescenza: una revisione critica della letteratura. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 12(3): 401-436.
- Svenson L. (1995). Individuals with a chemically dependent family member. Does their health care use increase? *Can Fam Physician*, 41: 1488-1493.
- Winters K., Botzet A., Fahmmost T. (2011). Advances in adolescent substance abuse treatment. *Current Psychiatry Report*, 13(5): 416-421. Doi: 10.1007/s11920-011-0214-2.

La complessità della certificazione di Dipendenza da Sostanze Stupefacenti nel contesto penitenziario italiano: criticità e prospettive

Giovanna Crespi*, Concettina Varango**

SUMMARY

■ *In the Italian penitentiary system, the diagnosis of drug addiction represents a delicate intersection between medicine, law and prison management.*

This article seeks to examine the regulatory, clinical and practical challenges that influence the assessment and certification of drug addiction. ■

Keywords: *Certification, Addiction, Penitentiary, Medical-legal, Forensic context.*

Parole chiave: *Certificazione, Dipendenza, Contesto penitenziario, Medico legale, Forense.*

Introduzione

Nel sistema penitenziario italiano, la diagnosi di dipendenza da sostanze stupefacenti rappresenta una delicata intersezione tra medicina, diritto e gestione carceraria, in questo articolo si cerca di esaminare le sfide normative, cliniche e pratiche che influenzano l'accertamento e la certificazione della dipendenza da sostanze.

Nel sistema normativo italiano, la gestione della dipendenza da sostanze stupefacenti nei contesti medico-legali e forensi è regolata principalmente dal Decreto del Presidente della Repubblica (DPR) 309/90, modificato dalla legge 49/06, nonché dal DM 186/90.

Il **Decreto Ministeriale 186/90** è stato emanato per regolare gli accertamenti "abitudinali" di sostanze stupefacenti ed è specificamente focalizzato sui seguenti aspetti:

- **Accertamenti Medico-Legali:** fornisce le linee guida e i protocolli per condurre accertamenti volti a determinare l'uso abituale o cronico di sostanze stupefacenti da parte di individui coinvolti in contesti giudiziari e forensi.

Questi accertamenti sono fondamentali per stabilire l'uso prolungato di droghe e possono influenzare decisioni legali e giudiziarie.

- **Applicazione Giuridica:** è utilizzato per supportare prove medico-legali in procedimenti giudiziari, come valutazioni per l'idoneità a determinate mansioni lavorative o per verificare la frequenza dell'uso di sostanze stupefacenti da parte di soggetti coinvolti in reati legati al traffico di droga o altri crimini correlati.

Rappresenta a tutt'oggi l'unico documento di riferimento per la certificazione di tossicodipendenza.

* *Psichiatra, dirigente SerD Monza, ASST Brianza.*

** *Farmacologa e tossicologa clinica, direttore S.C. Dipendenze, ASST Lodi.*

Il **DPR 309/90**, noto anche come il Testo Unico in materia di stupefacenti, è una normativa più ampia e completa rispetto al DM 186/90.

Esso comprende diverse disposizioni, tra cui gli articoli 78 e 120, che affrontano diversi aspetti della gestione delle tossicodipendenze in ambito forense:

Articolo 78: si occupa della gestione della dipendenza da sostanze stupefacenti in un contesto medico-legale e forense.

Esso prevede le modalità e i criteri per l'accertamento dell'uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti ai fini delle certificazioni medico-legali.

Questo articolo è particolarmente rilevante per i *Procedimenti giudiziari*: l'accertamento della tossicodipendenza può influire sulle decisioni giudiziarie, come la concessione di misure alternative alla detenzione, inclusi gli arresti domiciliari o l'affidamento in prova per partecipare a programmi terapeutici.

E poi per la *Diagnosi di Tossicodipendenza* in quanto stabilisce che la diagnosi deve essere effettuata attraverso procedure specifiche, che includono esami tossicologici e valutazioni medico-legali.

Infine in ambito *Certificatorio* poiché viene utilizzato per rilasciare certificazioni che attestino lo stato di tossicodipendenza o alcol dipendenza, necessarie per l'applicazione di alcune misure alternative.

Articolo 120: affronta la terapia volontaria e anonima per le persone che fanno uso di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Questo articolo stabilisce che chiunque abbia problemi di dipendenza può chiedere volontariamente di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e di seguire un programma terapeutico e socio-riabilitativo presso strutture pubbliche autorizzate.

Sottolinea l'importanza della volontarietà nella terapia per la tossicodipendenza, permettendo alle persone di cercare aiuto di propria iniziativa e garantisce il diritto all'anonimato, proteg-

gendo la privacy e la dignità delle persone che cercano assistenza.

Inoltre prevede che, per i minori o persone incapaci di intendere e di volere, la richiesta di intervento possa essere fatta dai genitori o tutori legali.

Discussione

Dall'analisi di tali decreti si può notare che una delle principali criticità in ambito certificatorio risiede proprio nel Decreto Ministeriale 186/90, unico documento che stabilisce i criteri e le procedure per l'accertamento medico-legale dell'abuso di sostanze stupefacenti.

I criteri a cui si riferisce il DM 186/90 infatti non hanno seguito l'evoluzione della diagnosi clinica, che ora incorpora una gamma più ampia di parametri psicologici, comportamentali, ambientali oltre che biologici.

Il problema principale è che i criteri definiti dal DM 186/90 sono stati concepiti principalmente per l'uso dell'eroina e hanno un'applicabilità limitata rendendo così problematico l'accertamento della dipendenza da altre sostanze stupefacenti, inclusi i nuovi tipi di droghe sintetiche e altre sostanze emergenti.

Un'altra critica riguarda il fatto che il decreto non stabilisce i limiti temporali chiari e uniformi per valutare la validità della documentazione presentata.

Questo può comportare interpretazioni soggettive e incoerenze nei procedimenti medico-legali, influenzando la coerenza e l'equità delle decisioni giuridiche soprattutto quando ci si trova in ambiente carcerario.

Da lungo tempo la questione della diagnosi di dipendenza per le persone detenute è oggetto di discussione e di studio a causa dei numerosi fattori che possono influenzare il processo di diagnosi all'interno dell'ambiente carcerario.

Una delle principali sfide nella diagnosi di dipendenza tra i detenuti è la presenza di margini di errore significativi, spesso dovuti a variabili complesse e influenzati dalle circostanze specifiche della detenzione.

Ad esempio, le motivazioni personali della persona ristretta possono influenzare la sua propensione a negare la dipendenza percepita o, al contrario, a enfatizzarla per ottenere vantaggi o attenzione.

In alcuni casi, possono emergere comportamenti di simulazione o manipolazione, dove il soggetto cerca di alterare o falsare i sintomi della dipendenza per scopi personali o per influenzare il proprio trattamento o la pena.

Le variabili come le condizioni di detenzione, la storia personale e criminale del detenuto, nonché altre influenze ambientali e sociali, giocano un ruolo significativo nella manifestazione e nella percezione della dipendenza da sostanze.

Queste variabili possono complicare ulteriormente la valutazione clinica e medico-legale, rendendo necessario un approccio multidisciplinare che consideri non solo gli aspetti biologici e comportamentali della dipendenza, ma anche il contesto più ampio in cui si manifesta.

Pertanto, è cruciale adottare metodologie diagnostiche robuste e standardizzate, che tengano conto di queste complessità e che minimizzino i rischi di diagnosi errate o influenzate da fattori esterni. L'obiettivo è garantire che le persone detenute ricevano un trattamento e un supporto adeguati basati su valutazioni accurate e trasparenti, che considerino tutte le dimensioni pertinenti del problema della dipendenza da sostanze all'interno del contesto penitenziario.

Il personale dei Ser.D., oggi presente nei vari Istituti di pena, non ha ancora adottato procedure e strumenti diagnostici uniformi, che consentano di distinguere i consumatori occasionali di sostanze psicoattive dalle persone veramente portatori di dipendenza.

Il problema non riguarda tanto gli utilizzatori di eroina e alcol, rispetto ai quali l'esperienza accumulata dai servizi e l'appropriatezza delle procedure diagnostiche consente una netta distinzione tra consumo e dipendenza, quanto gli assuntori di cannabis, cocaina, anfetamine e metamfetamine.

L'alcol/tossicodipendenza è una malattia cronica recidivante e la diagnosi non può basarsi esclusivamente sul dato biologico del riscontro tossicologico, ma deve considerare e valutare un pattern di parametri comportamentali e ambientali che sostengono lo sviluppo dell'alcol/tossicodipendenza.

Considerando le limitazioni dei criteri attuali, è necessario rivedere i criteri diagnostici utilizzati in carcere per valutare correttamente lo stato di alcol/tossicodipendenza.

È importante ricordare che l'ordinamento penitenziario consente al detenuto di dichiarare il proprio stato di alcol/tossicodipendenza, ma questa autodichiarazione deve essere supportata da una valutazione clinica completa per evitare diagnosi errate e garantire trattamenti appropriati.

La giurisprudenza italiana in merito ha fornito chiarimenti importanti riguardo alla definizione e alla valutazione dello stato di tossicodipendenza, soprattutto in relazione all'applicazione di misure alternative alla detenzione.

Le sentenze della Suprema Corte italiana, come la Cassazione Sez. I, 20.09.2005 (Rappazzo) e la Cassazione Sez. I, 02.02.2006 (Patruno), offrono importanti chiarimenti sulla diagnosi e sulla gestione della dipendenza da sostanze stupefacenti, distinguendo tra dipendenza psichica e fisica e sottolineando l'importanza di una valutazione precisa e dettagliata anche in coerenza con i nuovi manuali diagnostici.

Secondo la sentenza Rappazzo del 2005, la Corte ha riconosciuto che la necessità di un programma di recupero può essere basata anche sulla sola dipendenza psichica dalla sostanza.

Questo concetto è fondamentale perché indica che anche dopo aver superato la fase di dipendenza fisica, in cui il corpo sviluppa una tolleranza e una dipendenza diretta dalla sostanza, può rimanere un forte desiderio o una compulsione psicologica verso l'uso della droga.

Questa dipendenza psichica può persistere a lungo termine e richiedere un supporto continuativo per il recupero e la prevenzione delle ricadute, nonostante il soggetto non sia più fisicamente dipendente dalla sostanza.

D'altra parte, la decisione Patruno del 2006 ha chiarito che il semplice uso pregresso di sostanze stupefacenti non costituisce di per sé una diagnosi di dipendenza.

Questo significa che il fatto di aver fatto uso di droghe in passato non implica automaticamente una dipendenza attuale.

La Corte ha enfatizzato la necessità di valutare attentamente l'attuale stato di dipendenza, considerando sia gli aspetti fisici che psicologici della condizione del soggetto.

Conclusione

Queste sentenze evidenziano la complessità della diagnosi e della gestione della dipendenza da sostanze stupefacenti, sottolineando l'importanza di un approccio multidimensionale e personalizzato. È essenziale considerare non solo i risultati dei test

tossicologici, ma anche gli aspetti comportamentali, psicologici e sociali del paziente.

Questo approccio integrato non solo migliora la precisione della diagnosi, ma anche l'efficacia dei trattamenti e degli interventi di recupero, contribuendo così a migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da dipendenza da sostanze stupefacenti.

In ogni caso, il semplice consumatore occasionale di sostanze stupefacenti non può ritenersi rientrante nella categoria in esame dovendo sussistere una forma di dipendenza da tali sostanze.

La certificazione di dipendenza in ambito penale, inoltre, non assume solo una valenza clinica ma rappresenta un documento che rende accessibili o meno trattamenti riabilitativi extramurari.

La diagnosi di dipendenza da sostanze stupefacenti nei penitenziari italiani rappresenta un ambito estremamente complesso che richiede un approccio integrato e multidisciplinare per essere adeguatamente affrontato.

Attualmente, le limitazioni normative e operative costituiscono un ostacolo significativo nel garantire trattamenti equi ed efficaci per i detenuti.

È evidente la necessità di superare le attuali limitazioni normative e operative.

Ad esempio, l'applicazione esclusiva delle procedure stabilite dal DM 186/90 per le certificazioni si scontra con la diversità degli obiettivi clinici necessari nella gestione delle dipendenze.

Questo dimostra quanto sia urgente un aggiornamento normativo che renda le direttive più chiare e adattabili alle diverse sostanze e alle varie situazioni cliniche attuali.

In conclusione, affrontare la dipendenza da sostanze stupefacenti nei penitenziari italiani richiede un impegno rinnovato per superare le barriere attuali, migliorando la normativa esistente e promuovendo un approccio più umano e integrato per il benessere dei detenuti e la sicurezza della società nel suo insieme.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association. *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali*.

Corte di cassazione penale, Sez. I, Sentenza 17 luglio 1995, n. 3293.

Corte Costituzionale sentenza 20-24 febbraio 1995, n. 58.

Circolare del Ministero della Salute 24 marzo 2000, n. 5 17. Corte di Cassazione Penale sez. I, sentenza n.46085 del 2004 18. Corte di Cassazione Penale sez. I sentenza n. 22161 del 2005.

Codice di Deontologia Medica, edizione 1998.

Codice Deontologico Psicologi Italiani 7. Decreto Ministero della Giustizia.

Deliberazione Assemblea Costituente 22 dicembre 1947: "Costituzione della Repubblica Italiana".

Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 9 ottobre 1990: "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza".

Decreto Ministeriale n. 186 del 12 luglio 1990: "Regolamento concernente la determinazione delle procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, delle modifiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere".

Decreto del Presidente della Repubblica n. 230 del 30 giugno 2000: "Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà".

Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230: "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419" 19.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017: nuovi Livelli Essenziali di Assistenza.

Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230: "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008: "Modalità e criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità penitenziaria (GU Serie Generale n. 126 del 30-05-2008).

Decreto Ministeriale 12 luglio 1990 n. 186: "Regolamento concernente la determinazione delle procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, delle metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore e dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere" (GU Serie Generale n. 163 del 14-07-1990).

Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP) Circolare n 181045 del 6 giugno 2007. Detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza – Linee di indirizzo.

DPR 309/90 del 9.10.1990 Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

DGR Lombardia 12621/2003: "Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi pubblici e privati per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art. 12 comma 3 e 4 L.r. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL".

Legge 27 maggio 1998, n. 165: "Modifiche all'articolo 656 del codice di procedura penale ed alla legge 26 luglio 1975 n. 354 e successive modificazioni".

Legge n. 381, 8 novembre 1991: "Disciplina delle cooperative sociali".

Legge 21 febbraio 2006, n. 49: "Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi e modifiche al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309".

Linee guida per le strutture dotate di laboratori per gli accertamenti di sostanze d'abuso con finalità tossicologico-forensi e medico-legali su campioni biologici prelevati da vivente. Revisione n. 5 del 29 maggio 2017 a cura della Commissione Qualità dell'Associazione Scientifica GTFI.

Linee guida inter-istituzionali per la gestione integrata dei programmi alternativi alla pena detentiva in detenuti alcool e tossicodipendenti (UOS SerD Carcere UOC Dipendenze ASST PG23 Bergamo novembre 2016).

Lotti A., Gottardi M. *La Matrice cheratinica perché è conveniente nei Ser.D.*

Procedura Specifica: Diagnosi, cura e riabilitazione di pazienti con problemi correlati all'uso di sostanze legali e illegali e altri comportamenti di Addiction in contesto ambulatoriale territoriale. UOC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo (10-08-2021).

Protocollo d'Intesa tra il Tribunale di Sorveglianza di Brescia e le Direzioni degli Istituti di pena e UEPE del distretto (30 ottobre 2014).

Protocollo operativo tra FeDerSerD e CONAMS per l'applicazione dell'affidamento in prova in casi particolari ai sensi dell'art. 94 DPR 309/90 (2018).

Sentenza Corte Costituzionale 20-24 febbraio 1995, n. 58.

Society of Hair Testing guidelines for drug testing in hair, Forensic Science International, 2012, 28: 20-24.

Regio Decreto n. 1398 del 19 ottobre 1930: "Approvazione del testo definitivo del Codice Penale".

Testo Unico 25 luglio 1998 n. 286: "Disposizioni concernenti la disciplina sull'immigrazione e la condizione dello straniero".

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno XI, n. 40

MISSION n. 65-66

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

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

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

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

Redazione Mission: CeRCo, Milano.

Riflessioni e analisi sull’evoluzione del concetto di dipendenza da alcol all’interno dei principali sistemi diagnostici DSM e ICD: novità e confronto tra classificazione ICD-11 e DSM-5-TR

Giovanna Crespi, Elisa Giglio**, Giovanni Luca Galimberti*, Alfio Lucchini****

Introduzione

Al fine di orientare il clinico nel processo diagnostico dei disturbi da uso di alcol, i due principali manuali utilizzati dai professionisti e dalle strutture sanitarie sono il Manuale Diagnostico Statistico (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) pubblicato dall’American Psychiatric Association e la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD, International Classification of Diseases), stilata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) (1).

La differenza principale tra i due sistemi diagnostici, che permane anche nelle ultime revisioni (quinta edizione-TR per il DSM e undicesima edizione per l’ICD), riguarda l’approccio: mentre il DSM è più orientato alla ricerca scientifica, il sistema diagnostico dell’ICD sottolinea l’importanza di migliorare la “clinical utility” delle diagnosi nella pratica clinica ordinaria (2).

* Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, SerD Monza - ASST Brianza, Monza (MB).

** Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Milano Bicocca, Monza (MB).

*** Centro Studi e Ricerche Consumi e Dipendenze – CeRCo, Milano.

L’obiettivo di questo articolo consiste nell’analizzare, attraverso le varie edizioni dei sopracitati sistemi, l’evoluzione dell’approccio diagnostico ai disturbi alcol-correlati dal 1950 ad oggi.

Discussione

Prima del 1970, l’unica diagnosi formulata relativamente al consumo di alcol era “alcolismo” o “alcol addiction”, che, nelle prime edizioni sia del DSM che dell’ICD, era descritta come un sottotipo dei disturbi di personalità.

Questo riflette una comprensione primitiva della condizione, descritta come una caratteristica stabile e persistente della personalità piuttosto che come un disturbo separato e complesso (3, 4, 5).

Questa terminologia generica racchiude una vasta gamma di comportamenti e problemi associati al consumo di alcol senza che vi sia una distinzione tra vari tipi di disturbi correlati e riflette una visione limitata e generalizzata dei problemi alcol-correlati, senza una categorizzazione dettagliata, ma con un focus prevalentemente incentrato sui tratti antisociali e impulsivi della personalità (4, 5).

Con l'ICD-9 (WHO, 1975) (6) e la Terza Edizione del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) (5), vi è un significativo avanzamento nella comprensione e nella diagnosi dei disturbi legati all'alcol, con maggior contributo da parte del DSM, che offre criteri più chiari e specifici rispetto all'ICD-9.

Si assiste, dunque, alla separazione dei disturbi da uso di sostanze/alcol dalla categoria dei disturbi di personalità, con l'introduzione di una categoria diagnostica a se stante e distinta dalla Dipendenza da Alcol (cod: 303.9, DSM-III e ICD-9): Abuso di Alcol (cod: 305.0, DSM-III, ICD-9), con codici di identificazione differenti (7).

L'evoluzione della diagnosi con l'introduzione del DSM-III e delle successive edizioni dell'ICD ha permesso una comprensione più sofisticata dei disturbi legati al consumo di alcol.

Questi aggiornamenti hanno riconosciuto che esistono problemi significativi collegati all'alcol che non comportano necessariamente una dipendenza verso tale sostanza (7).

Il DSM-III, oltre a richiamare l'attenzione sui problemi comportamentali e sociali causati dall'uso di alcol, introduce criteri diagnostici più specifici e strutturati. In particolare, il DSM-III pone un'enfasi significativa sui sintomi fisici di tolleranza e astinenza, che diventano elementi chiave per la diagnosi del disturbo da uso di alcol.

Questo approccio riflette una comprensione più moderna e scientifica dell'alcolismo, trattandolo come una malattia vera e propria piuttosto che come un semplice "problema sociale".

La nuova definizione implica un riconoscimento dell'alcolismo come un disturbo con una base biologica e clinica, sottolineando la necessità di un trattamento medico e psicosociale adeguato (8).

Successivamente, nel DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) (9) e nell'ICD-10 (WHO, 1992) (10, 11, 12), si è assistito a una notevole evoluzione nella comprensione dei disturbi correlati all'uso di alcol. Questi aggiornamenti hanno introdotto nuovi elementi diagnostici e criteri più dettagliati.

Entrambi i sistemi diagnostici hanno iniziato a includere sintomi psicologici come criteri diagnostici fondamentali. In particolare, hanno evidenziato il forte desiderio o la compulsione a usare alcol e l'incapacità di ridurre o smettere di bere nonostante i tentativi ripetuti come sintomi importanti per la diagnosi.

È stato, inoltre, definito, nel DSM-III-R, un criterio temporale più rigoroso, ossia la "persistenza di sintomi inficianti il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo dovuti all'uso di alcool per un periodo di almeno 12 mesi" e il concetto di *desiderio persistente*.

Queste innovazioni garantiscono che la diagnosi di dipendenza da alcol si applichi solo a coloro che mostrano una problematica persistente e continua nel tempo,

differenziandosi dai casi di abuso che possono essere più episodici o transitori.

I criteri temporali, che richiedono la presenza di determinati sintomi per un periodo minimo specifico, aiutano, altresì, a garantire che le diagnosi siano basate su pattern stabili di comportamento piuttosto che su episodi isolati.

L'inclusione di sintomi psicologici, come il *desiderio persistente*, la *perdita di controllo* sul consumo di alcol e il *continuato uso di alcol* nonostante le conseguenze sociali, legali o fisiche, fornisce ulteriori strumenti per una diagnosi accurata.

Questi criteri aiutano a riconoscere i segnali di una dipendenza radicata, che spesso richiede un intervento terapeutico più intensivo e personalizzato (7).

Nel DSM-III, DSM-III-R e nel ICD-10 vengono, inoltre, definite e introdotte nuove sottocategorie diagnostiche come intossicazione da alcol, astinenza da alcol e disturbi mentali indotti dall'alcol (disturbo psicotico indotto dall'alcol e la sindrome amnesica indotta dall'alcol).

L'inclusione di queste nuove sottocategorie ha migliorato ulteriormente la capacità di diagnosticare e trattare una gamma più ampia di condizioni alcol-correlate.

In particolare, l'aver introdotto la specifica diagnostica "intossicazione acuta d'alcol" permette di riconoscere e trattare immediatamente i sintomi acuti di eccessivo consumo di alcol differenziando gli effetti temporanei dell'alcol da quelli più cronici e gravi legati alla dipendenza (7).

Nelle successive revisioni del DSM e dell'ICD, entrambi i sistemi diagnostici continuano a riconoscere e diagnosticare la dipendenza basandosi su criteri clinici che includono sia sintomi fisici che psicologici, come tolleranza, astinenza e la perdita di controllo sull'uso di alcol.

La dipendenza è vista come una condizione cronica che può comportare significative difficoltà nel ridurre o cessare l'uso di alcol nonostante le conseguenze negative.

La differenza più significativa tra i due sistemi, invece, riguarda il termine "Abuso di alcol". Mentre nel DSM-IV si continua a parlare di Disturbo da Abuso di Alcol, l'ICD-10 introduce il termine "Disturbo da uso dannoso di alcol" ("*Harmful Alcohol Use*", cod: F10.1).

Questo cambiamento di terminologia riflette un'importante evoluzione nella comprensione dei disturbi correlati all'uso di alcol.

L'OMS (WHO), con questo nuovo termine, riconosce, infatti, che il consumo di alcol può avere conseguenze gravi anche in assenza di dipendenza fisica e mentale, oltre che causare gravi malattie, come cirrosi epatica, pancreatite e varie forme di cancro, senza che vi sia necessariamente una dipendenza fisica (11).

Il termine “Disturbo da uso dannoso di alcol” (F10.1) è una terminologia più neutra e descrittiva, che si concentra sulle conseguenze dell’uso di alcol basata sugli effetti osservabili del consumo di alcol, piuttosto che su una categorizzazione morale.

Successivamente, il DSM-5, nel 2013, unifica i precedenti concetti di abuso e dipendenza in un’unica diagnosi con un continuum di gravità (lieve, moderato, grave).

In questo senso il disturbo da uso di alcol non viene più considerato in termini rigidi di abuso e dipendenza, ma piuttosto come una condizione che può esistere in varie forme di gravità, da lieve a moderata e grave in uno spettro di continuità.

Questo approccio tiene conto delle diverse modalità con cui il disturbo può manifestarsi e delle influenze che le diverse situazioni sociali e i contesti di vita dell’individuo possono avere sulla sua espressione.

In questo senso possiamo affermare che il DSM-5 si avvicina all’*approccio ecologico-sociale*, riconoscendo come il consumo di alcol sia influenzato da una complessa interazione di fattori individuali, sociali e ambientali, puntando così l’attenzione ad una diagnosi sempre più multidisciplinare ed integrata.

Un altro elemento innovativo del DSM-5 è un’accentuata enfasi sui sintomi da dipendenza psicologica, rappresentando una comprensione più avanzata della dipendenza.

Questa nuova prospettiva non si limita ai sintomi fisici come la tolleranza e l’astinenza, ma riconosce anche l’importanza dei sintomi psicologici.

Uno degli aggiornamenti significativi, infatti, nel DSM-5, è l’inclusione separata di due criteri: il craving e il desiderio persistente di alcol.

Questi riconoscono esplicitamente l’importanza della componente psicologica nei disturbi alcol-correlati in un’ottica di una comprensione più completa del disturbo, che va oltre i sintomi fisici di tolleranza e astinenza. Il *craving* viene definito come un forte desiderio o impulso di consumare alcol, che può manifestarsi anche dopo periodi di astinenza o in situazioni in cui non è appropriato farlo e può portare a comportamenti impulsivi e compulsivi, spingendo una persona a cercare e consumare alcol nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative (13).

Questo criterio, che fino ad ora non è mai stato esplicitato bensì incluso nel desiderio persistente, è un fenomeno psicologico a se stante e molto potente, che può influenzare in modo significativo il comportamento e la motivazione di una persona.

Questi nuovi criteri permettono, quindi, una valutazione più completa e accurata del disturbo e supportano l’implementazione di strategie terapeutiche mirate, migliorando così l’efficacia dei trattamenti e le prospettive di recupero per i pazienti.

La rivisitazione del DSM-5 in DSM-5-TR, pubblicato nel 2023, rimane in linea con questo approccio, risul-

tando complessivamente sovrapponibile alla edizione precedente, rispetto alla sezione del disturbo da uso di sostanze (14).

A differenza del DSM-5 e del DSM-5-TR, l’ultima edizione del Manuale ICD (ICD-11) presenta diverse innovazioni, in linea con un’evoluzione nella comprensione dei disturbi legati all’alcol, basata su nuove ricerche e dati clinici (7).

Uno degli aspetti innovativi e distintivi dell’ICD-11, rispetto al DSM e alla precedente versione dell’ICD-10, è l’attenzione rivolta ai danni collaterali causati dall’uso di alcol, coerentemente con recenti studi che sottolineano l’importanza di considerare tutti i danni, sia diretti che indiretti, che l’uso di alcol può causare, includendo anche incidenti stradali, violenze domestiche e altre forme di danno interpersonale e sociale (15).

Nello specifico, l’ICD-11 introduce tre definizioni distinte per i disturbi legati all’uso di alcol, oltre a inserire una nuova categoria diagnostica, “*Uso Rischioso di Alcol*” (*Hazardous alcohol use*), che si trova all’interno della sezione “*Categorie secondarie nei disturbi dovuti all’uso di sostanze*” (*Secondary-parented categories in disorders due to substance use*) (7).

Nella sezione dei disturbi dovuti all’alcol, l’ICD-11 propone:

- la dipendenza (già presente nel ICD-10);
- il pattern dannoso da uso di alcol (*harmful pattern of use of alcohol*, cod: 6C40.10 E; 6C40.10 C);
- episodio da uso dannoso di alcol (*episode of harmful use of alcohol*, cod: 6C40.0).

Queste ultime due entità diagnostiche non hanno un corrispettivo diretto nelle edizioni Quarta e Quinta del DSM e neppure nel ICD-10, dove si parlava esclusivamente di Disturbo da uso dannoso di alcol (cod: F10.1) (16).

Si ritiene, pertanto, necessario descriverle brevemente:

- *Il pattern dannoso da uso di alcol* è diagnosticato sulla base dell’uso ripetitivo di alcol che ha causato danni alla salute fisica o mentale o ha portato a comportamenti che danneggiano la salute degli altri, ma non ha comportato un controllo costantemente compromesso sul consumo, caratteristiche fisiologiche o persistenza nell’uso di alcol nonostante il danno. Si tratta di una diagnosi di subdipendenza e, piuttosto che essere sindromico come la Dipendenza da Alcol, abbraccia molti diversi modelli di consumo e danni. Il pattern di uso di alcol deve essere evidente per un periodo di almeno 12 mesi, se l’uso della sostanza è episodico, o almeno 1 mese, se l’uso è continuo. Il danno alla salute dell’individuo si verifica a causa di uno o più dei seguenti fattori: (1) comportamenti legati all’intossicazione; (2) effetti tossici diretti o secondari sugli organi e sui sistemi corporei; o (3) una modalità di assunzione dannosa (7, 17, 18).

- *Un episodio da uso dannoso di alcol* viene definito come un episodio di consumo di alcol che ha causato danni *acuti* alla salute fisica o mentale di una persona o ha portato a comportamenti che causano danni alla salute degli altri. Il danno alla salute dell'individuo si verifica a causa di uno o più dei seguenti motivi: (1) comportamento legato all'intossicazione; (2) effetti tossici diretti o secondari su organi e sistemi del corpo; o (3) una modalità di assunzione dannosa. Il danno alla salute degli altri include qualsiasi forma di danno fisico, tra cui trauma, o disturbo mentale direttamente attribuibile al comportamento dovuto all'intossicazione da alcol della persona, a cui si applica la diagnosi di episodio singolo di uso dannoso. Questa diagnosi non deve essere fatta se il danno è attribuibile a un modello noto di consumo di alcol.

La distinzione di queste due categorie è degna di nota in termini di tempo di intervento e modalità di prevenzione.

Infatti, l'inclusione del *singolo episodio di uso dannoso* di sostanze nell'ICD-11 permette un intervento precoce e la prevenzione dell'aumento dell'uso e del peggioramento della condizione e dei danni.

La diagnosi dovrebbe seguire un episodio in cui è stato causato un danno alla salute fisica o mentale di qualcuno, non solo riferito all'utente ma anche agli altri: questo è un importante valore aggiunto dell'ICD-11, dove il danno alla salute degli altri è esplicitamente incluso (19, 16).

La definizione di *pattern da uso dannoso di alcol*, invece, indica un caso in cui gli interventi devono essere intensificati e si riferisce a una situazione in cui è evidente un danno clinicamente significativo alla salute fisica o mentale di una persona, che può essere dovuto non solo agli effetti intossicanti diretti della sostanza, ma anche agli effetti secondari o a modalità di assunzioni dannose (19).

Altra novità dell'ICD11 è l'introduzione dell'“*Uso Rischioso di Alcol*” (*Hazardous alcohol use*), nuova categoria diagnostica inclusa tra i “fattori di rischio per la salute” in una sezione separata dedicata ai “Fattori che influenzano lo stato di salute o gli incontri con i servizi sanitari”.

Tale specifica diagnostica non è presente nel DSM-5, bensì solo relegata al criterio diagnostico del Disturbo da uso di Alcol chiamato “uso ricorrente di alcol in situazioni in cui sarebbe fisicamente rischioso”.

Si tratta di un modello di consumo di alcol che aumenta significativamente il rischio di conseguenze dannose fisiche o mentali per l'utente stesso o per altri, al punto da richiedere l'intervento e i consigli da parte di professionisti della salute.

Le caratteristiche principali dell'*Uso Rischioso di Alcol* sono: aumento del rischio, effetti a breve e lungo termine, mancanza di danni diagnosticabili, persistenza nonostante la consapevolezza del rischio.

Questa definizione non specifica quantità o modelli precisi di consumo di alcol, ma si basa su linee guida dell'OMS e di molti governi nazionali che definiscono cosa costituisce un “uso rischioso” di alcol.

Tale aggiornamento si rivela significativo perché evidenzia il rischio potenziale di danni senza la presenza di danni fisici o mentali già diagnosticabili, differenziandosi dall'Uso Dannoso di Alcol e fornendo un quadro utile per la gestione del rischio nella pratica clinica e nella salute pubblica (7).

Relativamente alla categoria diagnostica di Dipendenza, l'ICD-11 ha voluto semplificare la definizione della precedente edizione, raggruppando i 6 noti criteri diagnostici in soli 3 aspetti:

1. Controllo compromesso sull'uso di alcol: in termini di inizio, livello, circostanze o interruzione dell'uso, spesso ma non necessariamente accompagnato da una sensazione soggettiva di desiderio o bisogno di usare alcol.
2. Priorità crescente dell'uso di alcol nella vita: tale che il suo utilizzo abbia la precedenza su altri interessi o piaceri, attività quotidiane, responsabilità, salute o cura personale. L'uso di alcol assume un ruolo sempre più centrale nella vita della persona e relega altre aree della vita ai margini, e spesso continua nonostante la comparsa di problemi.
3. Caratteristiche fisiologiche (indicative di neuroadattamento all'alcol): manifestate da (i) tolleranza, (ii) sintomi di astinenza dopo la cessazione o la riduzione dell'uso di alcol, o (iii) uso ripetuto di alcol (o una sostanza farmacologicamente simile) per prevenire o alleviare i sintomi di astinenza. I sintomi di astinenza devono essere caratteristici della sindrome di astinenza da alcol e non devono semplicemente riflettere un effetto da postumi di sbornia.

Rispetto al DSM-5-TR, l'ICD-11 non menziona esplicitamente il craving come criterio diagnostico, ma include solo la difficoltà a controllare l'uso, e l'uso prioritario rispetto ad altre attività.

Inoltre, non specifica formalmente la gravità del disturbo come fa il DSM-5-TR, ma questa può essere desunta dalla descrizione clinica. L'ICD-11 definisce il disturbo in termini di danni alla salute fisica o mentale e problemi funzionali e comportamentali, favorendo un trattamento più integrato e olistico, che tenga conto non solo dei sintomi comportamentali ma anche delle conseguenze mediche del disturbo.

Un aspetto da considerare è il rischio di identificare due sottotipi di pazienti diversi a seconda del manuale diagnostico utilizzato, poiché i due sistemi propongono categorie diagnostiche differenti.

Infatti, mentre il DSM-5 e il DSM-5-TR presentano il solo Disturbo da uso di alcol, l'ICD-11 offre diverse categorie attraverso cui classificare il paziente, come la dipendenza, il pattern dannoso da uso di alcol e l'episodio di uso dannoso di alcol.

Inoltre, dovendo soddisfare almeno 2 criteri su 11, il DSM-5-TR ha maggiori probabilità di identificare un numero di casi superiore rispetto all'ICD-11, che richiede 2 criteri su 3, per garantire una diagnosi di dipendenza.

Questo può portare a dei vantaggi, consentendo al DSM-5-TR di includere i cosiddetti “orfani diagnostici”, ovvero individui che soddisfano uno o due criteri di dipendenza, ma che non avrebbero ricevuto una diagnosi con i criteri precedenti.

Tuttavia, l'abbassamento della soglia diagnostica può comportare potenziali bias culturali e sociali, che potrebbero influenzare la pianificazione e l'allocatione delle risorse per il trattamento (16, 20).

Conclusioni

In conclusione, sebbene l'ICD-11 e il DSM-5-TR offrano prospettive diverse sui disturbi legati all'alcol, entrambi presentano vantaggi specifici.

L'ICD-11 promuove un approccio più olistico e integrato, mentre il DSM-5-TR garantisce una maggiore inclusività diagnostica.

Date queste differenze, l'uso mutualmente esclusivo di uno dei due sistemi potrebbe determinare dei bias diagnostici, determinando la categorizzazione del medesimo gruppo di pazienti in differenti classi diagnostiche che non sono sovrapponibili, con conseguenti scollature nelle scelte terapeutiche.

Da questa analisi, emerge che l'utilizzo integrato dei due sistemi garantirebbe una maggior accuratezza diagnostica, fornirebbe un inquadramento globale, che analizzi il paziente nella sua complessità, consentendo una maggiore precisione nel monitoraggio e nel trattamento.

Riferimenti bibliografici

- (1) Sampogna G., Del Vecchio V., Giallonardo V., Perris F., Saviano P., Zinno F., Fiorillo A. (2020). The revision process of diagnostic systems in psychiatry: differences between ICD-11 and DSM-5. *Riv Psichiatr*, 55(6): 323-330.
- (2) Goldberg S. (2019). Are official psychiatric classification systems for mental disorders suitable for use in primary care? *Br J Gen Pract*, 680(108-109): 69.
- (3) Jellinek E. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven, CT: Hillhouse Press.
- (4) American Psychiatric Association (1968). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd edn. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (5) American Psychiatric Association (1980). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (6) World Health Organization (1975). *The International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*, Ninth Revision. Geneva: World Health Organization.
- (7) Saunders J., Degenhardt L., Reed G., Poznyak V. (2019). Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future. *Alcohol Clin Exp Res*, 43(8): 1617-1631.
- (8) Grant B. (1992). DSM-IV, DSM-III-R, and ICD-10 alcohol and drug abuse/harmful use and dependence, United States, 1992: A Nosological Comparison. *Alcohol Clin Exp Res*, 20: 1481-1488.
- (9) American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn, Revised (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (10) World Health Organization (1992a). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems: Tenth Revision*. Geneva: World Health Organization.
- (11) World Health Organization (1992b). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- (12) World Health Organization (1994). *Lexicon of Alcohol and Other Drug Terms*. Geneva: World Health Organization.
- (13) American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (14) American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edn, Revised Text (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (15) Karriker-Jaffe K., Room R., Giesbrecht N., Greenfield T. (2018). Alcohol's Harm to Others: Opportunities and Challenges in a Public Health Framework. *J Stud Alcohol Drugs*, 79(2): 239-243.
- (16) Reed G., First M. et al. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1): 3-19.
- (17) World Health Organization (2016). *International Classification of Diseases 11th revision (ICD-11)*. Available at: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Accessed on multiple occasions between June 2018 and January 2019.
- (18) World Health Organization (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. Geneva: World Health Organization.
- (19) Poznyak V., Reed G., Medina-Mora M. (2018). Aligning the ICD-11 classification of disorders due to substance use with global service needs. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 27(3): 212-218.
- (20) Degenhardt L., Bharat C. (2019). Concordance between the diagnostic guidelines for alcohol and cannabis use disorders in the draft ICD-11 and other other classification systems: Analysis of data from the WHO's World Mental Health Surveys. *Addiction*, 114(3): 534-552.

Acamprosato: un ‘compagno’ di viaggio sicuro nella terapia alcol-correlata

Matteo Maggi*

Premessa

A livello globale, il consumo di alcol rappresenta il quinto fattore di rischio per carico di malattia.

In Italia, le morti attribuibili all'alcol sono oltre 17.000 ogni anno, prevalentemente per cancro, cirrosi e malattie cardiovascolari (ISS, rapporto 2020).

L'uso problematico di alcol è prevalentemente registrato tra i giovani adulti maschi, ma la quota di donne è in costante aumento.

Nei Servizi per le Dipendenze, si stima che siano trattati il 30% dei pazienti con Disturbo da Uso di Alcol (AUD).

Il timore di reazioni avverse legate alle interazioni polifarmacologiche che tipicamente i soggetti con AUD assumono per concomitante patologia psichiatrica, potrebbero rappresentare una condizione ostativa ad un trattamento adeguato.

L'AUD, inoltre, è una condizione multifattoriale nella quale intervengono più variabili: sesso, età, massa corporea, modalità di assunzione dell'alcol, sistemi enzimatici, poliformismi genetici oltre a fattori ambientali, quali lo status socioeconomico, la familiarità, il consumo precoce.

L'azione dell'alcol a livello neurotrasmettitoriale avviene su più sistemi: glutammato, GABA, dopamina e serotonina; è quindi ipotizzabile che una politerapia sia la strategia da percorrere.

Acamprosato

Allo stato attuale, l'Acamprosato è uno dei farmaci approvati dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) per il trattamento dell'AUD, oltre a Disulfiram, Naltrexone, Nalmefene, Sodio Oxibato.

Sebbene il meccanismo d'azione dell'Acamprosato non sia del tutto chiaro, si ritiene che il farmaco agisca modulando l'attività glutammatergica, in qualità di debole antagonista del recettore NMDA. Ciò comporterebbe una riduzione dell'ipereccitabilità neuronale che si verifica nell'astinenza, agendo così indirettamente sul craving; in particolare, il farmaco sembra agire maggiormente sui pazienti che presentano relief craving, una disregolazione dell'attività GABA e glutammatergica, con ipereccitabilità indotta dal glutammato.

* *Farmacologo e Tossicologo Clinico, Milano.*

I soggetti interessati ricercano l'alcol per i suoi effetti sedativi, a scopo di automedicazione.

Due importanti meta-analisi (5, 9), che hanno incluso rispettivamente 24 e 27 trial clinici randomizzati, hanno ribadito la capacità dell'Acamprosato di ridurre il rischio di ricaduta in pazienti che avevano già raggiunto l'astinenza dal consumo, dato non confermato in alcuni studi che hanno, per contro, segnalato un beneficio poco significativo della monoterapia rispetto al placebo. Un'ulteriore meta-analisi pubblicata su JAMA (8) ha incluso 118 studi europei e statunitensi per un totale di 20976 pazienti e ha dimostrato l'efficacia dell'Acamprosato rispetto al placebo nella diminuzione delle ricadute, anche se la riduzione non è risultata significativa nei pazienti heavy drinkers.

Uno dei vantaggi del farmaco è l'ottimo profilo di sicurezza, anche nel paziente epatopatico: solo l'1-2% dei pazienti ha esperienza di effetti collaterali, quali una lieve diarrea e dolori intestinali.

I dati di farmacovigilanza rivelano inoltre come non siano state segnalate reazioni avverse gravi in oltre un milione di assuntori.

Una review italiana del 2018 ha inoltre evidenziato che, mentre Benzodiazepine e Disulfiram sono coinvolti in numerose interazioni, l'Acamprosato non presenta interazioni clinicamente rilevanti con altri farmaci.

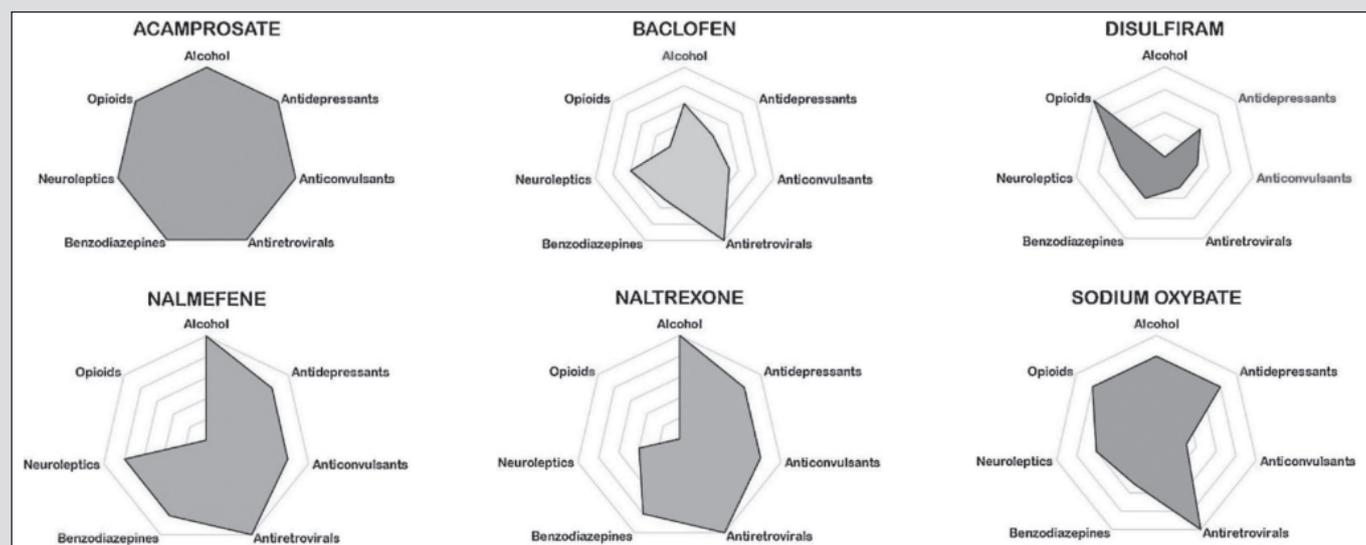
In particolare, l'Acamprosato è stato studiato in pazienti assuntori di triciclici, SSRI, ansiolitici, sedativo-ipnotici e analgesici: può essere utilizzato anche in concomitanza di oppioidi, per i quali è invece controindicata la co-somministrazione di Naltrexone e Nalmefene.

Un trial randomizzato tedesco (6) ha dimostrato una maggiore efficacia della combinazione tra Acamprosato e Naltrexone durante il primo anno di terapia, rispetto al placebo e rispetto alla monoterapia con Acamprosato ma non al Naltrexone assunto singolarmente.

Un'ulteriore review sistematica (7) mostra come l'Acamprosato abbia un maggiore effetto del Naltrexone in monoterapia nel controllo del craving nei pazienti heavy drinkers.

Per contro, il trial randomizzato COMBINE (1) che ha coinvolto 1383 pazienti suddivisi in gruppi di assunzione (Naltrexone, Acamprosato, la combinazione dei due e placebo) pur mostrando, nei primi quattro mesi di terapia, come l'assunzione del Naltrexone corresse con una significativa riduzione delle ricadute e

Fig. 1 - Il grafico mostra il profilo di sicurezza delle possibili combinazioni di farmaci nel trattamento dell'AUD (Guerzoni, 2018)



del ritorno a comportamenti di heavy drinking, tuttavia, l'associazione con Acamprosato non ha dimostrato un miglioramento significativo dell'outcome rispetto al Naltrexone in monoterapia.

Conclusioni

- I meccanismi alla base dell'AUD sono multifattoriali e, probabilmente, una terapia di combinazione in aggiunta al supporto psico-sociale, è la miglior opzione oltre che economicamente vantaggiosa.
- Una caratterizzazione del paziente (modalità di assunzione della sostanza, tipologia di Craving, Disforia...) ne permetterebbe una ottimizzazione terapeutica.
- L'Acamprosato, antagonista del sistema NMDA, è indicato nei pazienti con disregolazione dei circuiti gabargici e glutammatergici (relief craving) e può essere utile nella prevenzione della ricaduta in associazione a Sodio Oxibato, Naltrexone o Disulfiram.
- L'Acamprosato può inoltre essere utilizzato negli epatopatici (controindicato nell'IRC grave) e presenta effetti collaterali non rilevanti, eccetto la diarrea.

Riferimenti bibliografici

- (1) Anton R.F., O'Malley S.S., Ciraulo D.A., Cisler R.A., Couper D., Donovan D.M., Gastfriend D.R., Hosking J.D., Johnson B.A., LoCastro J.S., Longabaugh R., Mason B.J., Mattson M.E., Miller W.R., Pettinati H.M., Randall C.L., Swift R., Weiss R.D., Williams L.D., Zweben A. (2006). COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA*, May 3, 295(17).
- (2) Burnette E.M., Nieto S.J., Grodin E.N., Meredith L.R., Hurley B., Miotto K., Gillis A.J., Ray L.A. (2022). Novel Agents for the Pharmacological Treatment of Alcohol Use Disorder. *Drugs*, Feb, 82(3): 251-274.
- (3) Guerzoni S., Pellesi L., Pini L.A., Caputo F. (2018). Drug-drug interactions in the treatment for alcohol use disorders: A comprehensive review. *Pharmacol Res.*, Jul, 133: 65-76.
- (4) Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia - Rapporto 2020, Istituto Superiore di Sanità.
- (5) Jonas D.E., Amick H.R., Feltner C., Bobashev G., Thomas K., Wines R. *et al.* (2014). Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 311(18): 1889-900.
- (6) Kiefer F., Jahn H., Tarnaske T., Helwig H., Briken P., Holzbach R., Kämpf P., Stracke R., Baehr M., Naber D., Wiedemann K. (2003). Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, Jan, 60(1): 92-9.
- (7) Maisel N.C., Blodgett J.C., Wilbourne P.L., Humphreys K., Finney J.W. (2013). Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful?. *Addiction*, Feb, 108(2): 275-93.
- (8) McPheeters M., O'Connor E.A., Riley S., Kennedy S.M., Voisin C., Kuznacik K., Coffey C.P., Edlund M.D., Bobashev G., Jonas D.E. (2023). Pharmacotherapy for Alcohol Use Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*, Nov 7, 330(17): 1653-1665.
- (9) Rösner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Leher P., Vecchi S., Soyka M. (2010). Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev.*, (9), CD004332.

Caso clinico “Maneggiare con cura!”

La validità del Sodio Oxibato

Giuseppe Fiorentino*, Ruggero Merlini**

Maschio di 54 anni.

In anamnesi politrauma, cirrosi con ipertensione portale a doppia eziologia (alcol+HCV) trattato con SOF/VEL nel marzo 2020 con SVR (sustained virological response).

Eroinomane in passato.

Attualmente seguito presso il CPS per un disturbo misto di personalità, in terapia con paliperidone depot + lattulosio-IPp, diuretico, promazina e zolpidem.

Attualmente è, anche, in carico ad una Comunità terapeutica per diagnosi duale e comorbilità.

Era stato valutato nel 2021 dal nostro Servizio di Alcolologia - NOA in merito alla dipendenza da alcol.

Il paziente era in astensione con dato confermato dall'esame tossicologico su matrice cheratinica; insomma l'esito è stato negativo per dipendenza.

A seguito di una recente ricaduta, nel maggio 2024 veniva richiesto dal medico psichiatra della Comunità terapeutica un affidamento per utilizzo di Sodio Oxibato in assenza di un Piano terapeutico.

Dopo circa una settimana veniva inoltrata una ulteriore richiesta di affidamento con un incremento delle quantità di dosaggio da 70 ml a 82ml/die (= 14.350 mg) negli ultimi 20 gg.

Si convocava in urgenza il paziente, il quale manifestava iniziali sintomi di intossicazione da Sodio Oxibato quali vomito, agitazione e stato confusionale.

* *Coordinatore infermieristico, Servizio delle Dipendenze e Nucleo Operativo Alcolologia, DSMD, ASST Melegnano e Martesana, Milano.*

** *Direttore UOC, Servizio delle Dipendenze e Nucleo Operativo Alcolologia, DSMD, ASST Melegnano e Martesana, Milano.*

I parametri vitali erano nella norma e non presentava segni e sintomi cardio respiratori.

Veniva pertanto rimodulato il dosaggio del Sodio Oxibato con un piano di “decalage” in 20 gg e riduzione contestuale e graduale di benzodiazepine sino alla sospensione.

Benzodiazepine che erano state introdotte dallo specialista psichiatra.

Alla visita di controllo dopo 7 giorni il paziente presentava un netto miglioramento del quadro clinico, non presentava più nausea e vomito né stato confusionale e appariva ben orientato nello spazio e nel tempo. Non sono più presenti craving né sintomi di astinenza protratta.

Attualmente il paziente è astinente.

Il Sodio Oxibato, uno dei farmaci approvati nel DUA, si dimostra in grado di controllare sia i sintomi nella sindrome di astinenza oltre che efficace nella riduzione del consumo di alcol.

Dopo la remissione dei sintomi il mantenimento dall'astinenza dall'alcol rimane l'obiettivo primario del trattamento nell'alcol-dipendenza.

Il Sodio Oxibato viene abitualmente somministrato al dosaggio di 50-100 mg/kg die in 3 somministrazioni giornaliere.

La possibile non risposta al farmaco può essere migliorata, aumentando il numero delle somministrazioni a 4-5 die in considerazione della breve emivita del farmaco (30-45 min).

Anche il rischio d'abuso e dipendenza è decisamente scarso, a patto di un corretto uso nella quantità e nella somministrazione a “tempo determinato”.

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



Fentanil – Esperienze dal fronte

Linda Daffini*, Liliana Praticò*, Marco Riglietta**

SUMMARY

■ *In March 2024 the “National Plan of prevention to tackle Fentanyl misuse and other synthetic opioid” was published by the Minister of Health in Italy.*

Despite the increasing number of overdoses associated with Fentanyl misuse in other countries, such as USA and Canada, this phenomenon is still limited in Italy.

Few data are available and the experience in the management of these cases is still poor in the addiction treatment services.

The internet represents one of the main sources of information both in terms of scientific literature and ‘grey literature’ provided by people who use drugs.

Erowid is a great example of harm reduction resource based on patients’ direct experience and scientific contributions from health professionals. ■

Keywords: *Fentanyl, Risk reduction, Harm reduction, Users experience, PWUD, Counselling, Addictive Behaviour Centre.*

Parole chiave: *Fentanil, Riduzione del rischio, Esperienze degli utilizzatori, PWUD, Counselling, Centri per la cura delle Dipendenze.*

Introduzione

Gli operatori che lavorano nel campo delle Dipendenze, siano essi alle prime armi o “veterani” che pensano di avere visto quasi tutto, spesso si stupiscono di fronte alla maestria con cui le persone che usano sostanze si destreggiano tra dosaggi e associazioni non casuali di sostanze stupefacenti.

Stupefacente è anche la leggiadria con cui, come sapienti alchimisti, alcuni di essi ti sciorinano nozioni di chimica o farmacologia, anche con una certa indiscutibile cognizione di causa, la cui comprensione magari a te è costata qualche ingarbugliamento di neuroni esausti sui libri.

Sappiamo che il web è ricco di informazioni inerenti alle sostanze stupefacenti, disponibili anche ai non addetti ai lavori; accanto alle nozioni tecnico-scientifiche e di ambito legale provenienti da fonti attendibili, è possibile come noto avere accesso a fonti incontrollate ed incontrollabili, spesso fantasiose o comunque inaffidabili.

Alcuni siti internet raccolgono poi informazioni che appartengono ad un’interessante “area grigia”, una sorta di “terra di mezzo”, dove non è possibile avere pieno controllo dei contenuti riportati, nascendo essi dall’esperienza diretta dei consumatori, che si scambiano dati tecnici e consigli in merito all’utilizzo di ogni tipo di sostanza più o meno nota, in modo spesso estremamente dettagliato.

Tra i siti internet più noti di questo tipo vi è *Erowid*, nato come strumento di riduzione del rischio, con lo scopo di diffondere informazioni utili per un uso responsabile delle sostanze stupefacenti.

* *Dirigente Medico, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.*

** *Direttore SC Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.*

Obiettivi

Obiettivo della nostra analisi è studiare l’esperienza degli utenti che fanno uso di Fentanyl a scopo ricreativo al fine di trarne informazioni utili alla gestione clinica e a strategie di riduzione del danno.

Metodi

Essendo il consumo illegale di Fentanyl ancora poco diffuso nel nostro Paese, e non avendo quindi molte informazioni di prima mano, il sito *Erowid* ci ha consentito di avere una visione più diretta e realistica dell’uso di questa sostanza nel mondo.

Tra i report disponibili, ne abbiamo selezionati 30 che ci sono sembrati più completi e significativi nella descrizione dell’esperienza con questa sostanza.

Tali racconti descrivono, spesso con minuzia di dettagli, i diversi e pionieristici modi di utilizzo, le dosi utilizzate nei vari “test” fatti dai narratori, i benefici, gli effetti collaterali sperimentati e la relativa percezione del rischio, la capacità di indurre dipendenza e il bilancio complessivo in termini di rapporto rischio-beneficio riportato.

Abbiamo quindi scelto 7 esempi di racconti particolarmente corposi nella descrizione e indicativi del processo cognitivo che porta alla sperimentazione della sostanza con i conseguenti effetti cercati e i rischi percepiti.

Risultati

Forma farmaceutica e modalità di utilizzo

Dall’analisi delle esperienze riportate, si evince che per quanto riguarda la forma farmaceutica, la fa da padrone l’utilizzo di ce-

rotti di Fentanyl; in circa il 70% delle esperienze che abbiamo analizzato veniva utilizzato un cerotto transdermico: nella metà dei casi applicato a livello cutaneo, nel 20% circa tagliato in piccole parti e applicato all'interno della mucosa orale, nel 15% vaporizzato ed inalato dopo avere rimosso il gel e suddiviso in minute parti, in una netta minoranza di casi il gel veniva invece deglutito.

Gli altri utenti (il restante 30%) hanno utilizzato il Fentanyl nelle forme farmaceutiche meno facilmente reperibili.

Tra di esse, chi ha avuto accesso alle fiale le ha impiegate sia per via endovenosa che inalatoria.

Sono inoltre riportate esperienze con le compresse sub linguali, i lecca-lecca, e raramente la polvere pura di Fentanyl, usata sia per via endovenosa che vaporizzata.

Percezione del rischio pre-utilizzo

Nella maggior parte delle esperienze segnalate, gli utilizzatori di Fentanyl riferiscono di essere a conoscenza della pericolosità del farmaco, e di essersi pertanto documentati accuratamente sulle dosi sicure da utilizzare.

Le fonti di informazione sui rischi sono state il web e esperienze di conoscenti.

Un numero non indifferente di questi utenti ha avuto accesso a fonti di letteratura scientifica e apparentemente affidabile.

Esperienze più significative

Una bolla impenetrabile di perfetta contentezza

Matt, "studente a tempo pieno", dopo avere acquistato un lecca-lecca al Fentanyl 1200 mcg, ci racconta la sua serata.

"Mi metto il lecca-lecca in bocca e avvio il timer. In esperienze passate ho scoperto che il pop può essere risucchiato per circa dieci minuti, trenta secondi in più o meno a seconda di quanto vigorosamente lo si fa roteare. Voglio ingerire circa 600mcg di Fentanyl stasera, quindi lo lascio in bocca roteando per 5 minuti. So che non sarà esatto, e probabilmente potrei avere da 550mcg a 650mcg, ma francamente con il Fentanyl, non sono sicuro di un metodo più accurato".

Dopo circa 20 minuti inizia ad avvertire i primi effetti, "Non lo descriverei come euforico. È più che altro uno stato di completa soddisfazione. Il modo in cui mi sento in questo momento può essere paragonato all'uscire dal freddo in un giorno d'inverno e sedermi accanto a un fuoco avvolto in una coperta".

Dato che l'effetto inizia poi a scemare, prende in considerazione strategie per incrementare gli effetti: "Attraverso l'esperienza ho scoperto che bere una bevanda alcolica aumenterà alcuni degli effetti. Per la cronaca, sconsiglio a chiunque di bere alcolici dopo aver ingerito antidolorifici. Può essere pericoloso, soprattutto se non conosci i tuoi limiti o come reagirà il tuo corpo".

Decide alla fine di bersi una birra e finisce per addormentarsi per risvegliarsi il pomeriggio successivo, soddisfatto dall'esperienza.

La sua relazione, complessivamente positiva (per l'esattezza questa è una delle rarissime esperienze riportate nel sito in cui non emergono aspetti negativi), si conclude con un confronto interessante degli effetti degli oppiacei sino a quel momento sperimentati: "Devo notare che per me il Fentanyl è molto diverso da tutti gli altri oppioidi. L'ossicodone tende a rendermi più euforico e in qualche modo stimolato. L'idrocodone tende a lasciarmi con un sorriso goffo sul viso con una sensazione molto

più sedata. La morfina mi rende calmo ma sciatto. **Il Fentanyl non mi rende euforico, mi rende solo perfettamente contento.** Sembra creare una piccola bolla in cui nulla può penetrare. È una bella vacanza di sei ore da fare di tanto in tanto".

Un'esperienza deludente e spaventosa

Diversa è l'esperienza di Andrew, che racconta di avere ricevuto in regalo "un cerotto di Fentanyl in gel da 25 mcg/ora da un capo molto premuroso al lavoro. Il cerotto in gel mi era sconosciuto e ho consultato un amico che all'epoca era uno studente di Medicina. Mi informò dei rischi del farmaco e mi aiutò con le conversioni di equivalenza in modo che potessi avere un'idea di quanto volevo prendere. Abbiamo scoperto che il cerotto conteneva un equivalente teorico di circa 220 mg di morfina. Mi avvertì che, a causa della potenza del farmaco, non avrei dovuto tentare di rimuovere il gel per fumare/sniffare/mangiare, poiché è impossibile pesare una dose accurata senza un'attrezzatura precisa".

Ha letto racconti di cronaca di persone morte a causa del Fentanyl, ma è confidente che le informazioni in suo possesso gli consentiranno di drogarsi "in modo intelligente. Tutte queste persone morte erano imprudenti e non facevano i compiti prima di prendere la droga, oppure erano semplicemente stupide e non sapevano quando smettere".

Ha anche "guardato e rivisto un video su come applicare correttamente il cerotto".

Dai conti fatti, desiderando "per sicurezza non superare i 10 mg teorici in morfina-equivalenza", aveva mandato un messaggio ad un'amica per ricordargli di togliere il cerotto entro 3 ore. "Ho iniziato a notare gli effetti familiari degli oppioidi dopo circa 2 ore".

Il messaggio dell'amica arriva puntuale, ma "le ho detto di non preoccuparsi e che l'avrei mantenuto. Ho raggiunto uno sbalzo soddisfacente, ma ho sentito in prima persona l'euforia stentata e incompleta del Fentanyl di cui avevo letto così tanto. Le persone online avevano avvertito di non inseguire uno sbalzo con il Fentanyl, poiché **lo sbalzo sembra stabilizzarsi mentre la depressione respiratoria no**".

Dopo circa 4 ore "Ho controllato il mio polso cinque volte di fila perché non riuscivo a crederci: 40BPM! Un panico confuso e contaminato da oppioidi mi pervase. Mi tolsi il cerotto dal braccio". "La ricerca post-esperienza ha rivelato che il Fentanyl si accumula sotto la pelle e continua ad essere assorbito ore dopo che il cerotto è stato rimosso".

Assume quindi 400 mg in compresse di caffeina, ma "la mia frequenza cardiaca era scesa a 36 BPM. A questo punto per la prima volta nella mia vita avevo paura di morire davvero".

Assume ancora caffeina e cerca di tenersi sveglio, dopo 5 ore dalla rimozione del cerotto la frequenza cardiaca torna a valori accettabili.

Andrew promette a se stesso di "non scopare mai più con una droga così disgustosamente potente" e analizza la sua esperienza: "ho ipotizzato che i fattori coinvolti nella mia disavventura fossero: 1) Non tenere conto del Fentanyl all'interno dell'adesivo che immagino venga assorbito più rapidamente, 2) Usare il tasso medio teorico di rilascio come cifra affidabile per prevedere la dose rilasciata dal cerotto (che era probabilmente molto più alta) 3) Ignorare la lunga emivita del Fentanyl transdermico 4) Ignorare il consiglio degli utenti esperti per le persone senza tolleranza agli oppioidi di non usare il Fentanyl per divertimento 5) Eccessiva fiducia nei miei calcoli, nel mio processo decisionale e nelle mie conoscenze. (...). Se avessi lasciato il cerotto solo per un'altra ora, potrei benissimo essere morto in questo momento. **Il Fentanyl è un'esperienza oppioide deludente: una**

dose quasi letale non è nemmeno buona come un ossicodone da 10 mg”.

Il minimo errore ti ucciderà

Anche TMG si ritrova con dei cerotti di Fentanyl, ma ne fa un uso differente. “Erano circa le 23 quando ho tagliato a metà il cerotto da 100 mcg e l’ho tagliato in tre strisce più piccole. Ne misi una sotto la lingua e una su ciascun lato della bocca contro l’interno delle guance. Ricordo la fretta iniziale, mi sentivo benissimo, e poi niente, sono prontamente svenuto con le strisce ancora in bocca, da quello che posso immaginare forse circa 10 minuti dopo averle inserite. In qualche modo mi sono ritrovato sul mio divano alle 9 del mattino (...) Stavo ansimando per l’aria, stringendomi il petto, e mi resi subito conto che le strisce erano ancora nella mia bocca. Le strappai freneticamente e ebbi una vaga consapevolezza che avevano pompato il Fentanyl direttamente nel mio flusso sanguigno (e a sua volta quasi istantaneamente nel mio cervello) per dieci ore. Stavo ansimando per l’aria, poiché la mia gola si era gonfiata quasi completamente, anche la mia lingua era gonfia (...). Ero mezzo cieco e quasi completamente sordo (...), ho dovuto vomitare. Non riuscivo a stare in piedi, non avevo capacità motorie”. “Ho passato le successive 24 ore all’inferno, con gli ovvi effetti di disintossicazione”.

Sentendosi graziato da morte quasi certa, termina il suo racconto con delle raccomandazioni: **“questa è una droga ESTREMAMENTE pericolosa, NON scherzare con essa, è troppo pericolosa per l’uso ricreativo, è troppo facile giudicare male il dosaggio (anche estremamente dipendente dalla tolleranza agli oppiacei) e il minimo errore ti ucciderà”.**

Il dolcissimo Fentanyl

Serotone, esperto sperimentatore, fa un uso del cerotto ancora più alternativo. “Ho provato 48 diverse droghe psicoattive nella mia vita. Mai una droga mi ha fatto sentire come se avessi perso il controllo su di essa, fino a quando non ho provato il dolcissimo, dolcissimo Fentanyl”.

Innanzitutto si prepara per l’utilizzo. “Quando ho comprato il cerotto, ho anche preso 30 mg di idromorfone. Non avevo alcuna tolleranza agli oppiacei, quindi il mio piano era quello di finire l’idromorfone il più rapidamente possibile prima di fare qualsiasi Fentanyl. Mi ci è voluta poco più di una settimana, facendo 3 mg alla volta”. “Con la mia tolleranza leggermente aumentata e l’eccitazione accumulata, ho deciso che avrei fumato il Fentanyl come via di somministrazione. Avevo letto le istruzioni per mettere un po’ di gel su un foglio di stagnola e ‘inseguire il drago”. “Ho iniziato con una quantità microscopica, l’ho vaporizzata e ho aspettato, ma ovviamente non è successo nulla. La volta successiva, ne ho messo una quantità visibile, l’ho vaporizzata e ho sentito qualcosa di debole che avrebbe potuto facilmente essere l’effetto placebo. Ho continuato a lavorare fino a quando non ho ottenuto una pallina di gel che aveva all’incirca le dimensioni di una ‘o’ minuscola in carattere pt-12”.

Continua per progressivi e prudenti incrementi, diventando molto esperto nella pratica “ora ho affinato le abilità quando si tratta di assumere questo farmaco. Ho imparato a raschiare il gel dal retro del cerotto con perizia. Posso mettere la dose perfetta sulla carta stagnola. Posso tenere la fiamma abbastanza lontana dalla pellicola in modo che il gel non bruci, ma abbastanza vicina da poterla fare tutta in un fiato. Tengo la lamina in un angolo in modo che quando il gel inizia a sciogliersi scivoli lungo il metallo e vaporizzi uniformemente e interamente”.

Serotone non rischia l’overdose, ma a differenza delle altre 48 sostanze testate, da cui non era mai diventato dipendente, col Fentanyl non può dire la stessa cosa.

Dopo poche settimane di utilizzo afferma “adoro questo farmaco. Ne sono dipendente. Pertanto, adoro essere dipendente da questa droga. So che questo è sbagliato e molto pericoloso, ma la verità è che in realtà non posso farne a meno.”

Conclude quindi così: “Ricordate che, indipendentemente dal racconto che state leggendo, **l’affermazione probabilmente più veritiera all’interno dell’intera faccenda è che il Fentanyl crea dipendenza”.**

Nessun dolore, nessuna emozione

Quella di Darksunnymeadow è un’altra storia; a lui i cerotti di Fentanyl sono stati prescritti. “Ho iniziato a prendere cerotti al Fentanyl 2 anni fa per il controllo del dolore post-chirurgico (...). Mi ci è voluto circa un anno per riprendermi finalmente dai miei interventi chirurgici e dalle loro conseguenze. Fu in quel periodo che cominciai a notare gli altri effetti che questo farmaco aveva sul mio corpo e sulla psiche. **Mi sono reso conto che non provavo quasi nessuna emozione.** Ero intorpidito (...). Dopo circa altri 6 mesi di questo intorpidimento onnicomprensivo, ne avevo avuto abbastanza. Ora avevo bisogno di cambiare il mio cerotto ogni 2 giorni invece che ogni tre per combattere la terribile ansia che sopportavo mentre il cerotto iniziava a diminuire di potenza e la mia tolleranza aumentava (...). Ho insistito che il mio medico iniziasse a prescrivermi dosi più basse. Era molto riluttante, ma alla fine ha rispettato i miei desideri e ho iniziato a diminuire la dose molto lentamente mentre venivo attentamente monitorato (...). Non passò molto tempo prima che provassi di nuovo delle emozioni. Nel momento in cui mi sono stabilizzato su un cerotto 50 stavo ricominciando a sognare. Sono stato investito da ondate di emozioni empatiche mentre incrociavo sconosciuti per strada. La mia intuizione cominciò a tornare (...). Mi ci sono voluti 7 mesi per ridurre comodamente la mia dose a zero. L’ultimo pezzo è stato il più difficile da togliere (...). I miei livelli di dolore non si sono ancora stabilizzati, ma li sto controllando con una combinazione di tè alla corteccia di salice bianco, ibuprofene e un sacco di erba”.

La dipendenza totalizzante

Di particolare interesse è il racconto di *Amorphous blue*, studente di Chimica Organica in una rinomata università americana. “Lavorando come ricercatore nel laboratorio di un professore, sono stato in grado di realizzare segretamente il mio obiettivo di lunga data di sintetizzare farmaci. Ho fatto un bel po’ di droghe, ognuna delle quali è una storia a sé, ma quella che mi ha colpito di più è stato il Fentanyl. Il Fentanyl puro è una polvere bianca di enorme potenza: il Fentanyl NON può essere utilizzato in modo sicuro nella sua forma pura. Una porzione deve essere pesata su una bilancia molto accurata e sciolta in acqua (consigliato) o tagliata con un’altra polvere (più rischiosa – se il Fentanyl non viene miscelato abbastanza bene con il taglio si potrebbe avere un’overdose fatale). Sono sempre stato un fan degli oppiacei, quindi il Fentanyl non è stata un’esperienza totalmente nuova. L’ho iniettato per via endovenosa e l’effetto è forte ed euforico. Ho iniziato con dosi che andavano da 0,1 mg a 0,2 mg, forse un paio di volte al giorno. (...) Sono diventato dipendente quasi immediatamente insieme alla mia ragazza. Le nostre tolleranze crebbero così rapidamente che mi stupì. Abbiamo trascorso circa 6 mesi in totale ininterrottamente con Fentanyl, letteralmente costantemente. Abbiamo consumato circa 3 grammi durante questo periodo. Quando ho smesso, stavo usando circa 20 mg al giorno. Faccio circa 1

mg in un'iniezione, che è probabilmente sufficiente per uccidere due persone non tolleranti. (...) Una dipendenza così forte ha avuto alcuni effetti piuttosto negativi sui nostri corpi e sulle nostre anime. (...) **La pura schiavitù della dipendenza è molto deprimente e demoralizzante, anche se in realtà non senti nulla di troppo profondo con così tanti oppiacei.** Ho sempre creduto che la maggior parte dei danni associati alle droghe pesanti come l'eroina derivi dagli effetti collaterali della sua proibizione piuttosto che dalla droga stessa, e la mia esperienza con il Fentanyl rafforza questa convinzione. Quando sono stati eliminati fattori come il costo elevato, la purezza sconosciuta e la difficoltà di acquisizione, la situazione era abbastanza vivibile. Ma dovevamo ancora prendere a calci la merda. Perché divora qualcosa nella tua anima, e avevamo ancora abbastanza sentimento per volercene liberare. (...) Così abbiamo smesso con il metodo del 'cold turkey' (...). L'ho fatto a casa, incapace di dormire per più di sette giorni, a malapena in grado di scendere le scale. È stata la cosa peggiore che abbia mai vissuto. Entrambi siamo guariti in poche settimane e mi sentivo estremamente felice di essere vivo. Ci siamo lasciati circa sei mesi dopo, per vari motivi (anche se questo probabilmente aveva almeno qualcosa a che fare con questa storia) (...) Se diventi dipendente dagli oppiacei, posso solo augurarti buona fortuna e un buon viaggio di ritorno".

La 'piccola' goccia che fa traboccare il vaso

Riportiamo inoltre la variegata esperienza di Cactushead, il quale afferma di avere "esperienza con molte droghe. Ho provato codeina, morfina, ossicodone, tramadolo, idrocodone, oppio ed eroina. Ho anche provato il Fentanyl un paio di volte, ma ho avuto risultati molto contrastanti. Sono rimasto molto deluso dalle mie precedenti esperienze con il Fentanyl, ma ho finalmente trovato un modo per prevedere e controllare meglio il livello di effetti su di me".

Cactushead così descrive le sue deludenti esperienze pregresse con Fentanyl: "Ho già provato a mangiare il gel in precedenza, ma non sembrava funzionare molto bene (...). Sembrava piuttosto pericoloso solo perché l'insorgenza e l'intensità degli effetti non erano mai prevedibili".

L'assunzione sublinguale invece prevedeva l'utilizzo di "un decimo di cerotto da lasciar riposare sotto la lingua per circa 15 minuti (...). Ho trovato queste esperienze complessivamente negative, perché la nausea superava di gran lunga qualsiasi effetto positivo del farmaco, compresa troppa depressione respiratoria". L'uso transdermico è stato complessivamente deludente "ci sono volute circa 4 ore prima che sentissi qualcosa e, una volta che l'ho sentito, è stato accompagnato da molta nausea e vomito". Attualmente avrebbe invece trovato un metodo per un'esperienza più gratificante: "Per prima cosa, ho preso una 'piccola' goccia (non posso sottolineare abbastanza quanto fosse piccola questa goccia; era forse la dimensione della punta di una penna a sfera) e l'ho spalmata in una ciotola di vetro. Poi, invece di mettere la fiamma direttamente sul gel mentre lo inalavo, ho tenuto la fiamma a circa un centimetro o due di distanza dal briciere durante l'inalazione. (...) Trattenni il tiro ed espirai. Circa 30 secondi dopo, ho sentito un effetto oppiaceo abbastanza forte permeare il mio corpo. Sono rimasto completamente sorpreso di quanto poco gel producesse un effetto, ed ero sia sollevato che grato di non aver fumato la quantità di gel che usavo in passato in questo modo (altrimenti, mi rendo conto che avrei potuto andare in overdose). **La quantità di gel necessaria da fumare per ottenere tutti gli effetti è così piccola che sono francamente stupito.** "Ci sono alcune cose però che non mi piacciono particolarmente di questo farmaco. Un effetto ne-

gativo che sperimento spesso è un mal di testa che accompagna lo sbalzo (...). Un'altra cosa che non mi piace di questa droga è che non produce per me tanta euforia quanto gli oppiacei derivati dai papaveri. L'ultima cosa che non mi piace del Fentanyl è che mi ha causato una depressione respiratoria significativamente maggiore rispetto ad altri oppiacei (a volte, può sembrare che il Fentanyl mi faccia dimenticare di respirare)".

Cactushead fa anche una chiosa al suo racconto che riassume bene le impressioni della maggior parte degli altri utenti, affermando che "**il Fentanyl manca di euforia, ha un grado maggiore di depressione respiratoria e non è coerente nel produrre i suoi effetti.** Le uniche qualità che trovo positive di questo farmaco sono che non mi rende difficile la minzione, non mi prede così tanto rispetto ad altri oppiacei e funziona MOLTO bene nell'intorpidire il dolore fisico".

Conclusioni

I racconti ci sono sembrati complessivamente verosimili ed attendibili, è certamente possibile che qualche narratore si sia lasciato un po' prendere la mano, ma è difficile pensare ad un uso manipolatorio delle informazioni riportate, dato che frequentemente le esperienze sono connotate in modo fortemente negativo o comunque non pienamente positivo.

Complessivamente, del totale delle esperienze più significative riportate nel sito, circa il 70% danno un giudizio lapidario negativo.

Le "recensioni" con connotazione positiva lasciano sempre comunque dei forti alert in merito all'alto rischio del Fentanyl di indurre dipendenza, e alla pericolosità derivante dalla difficoltà di dosarlo correttamente.

Volendo fare una classifica, tra le esperienze più gratificanti il titolo spetta al Fentanyl utilizzato per via inalatoria tramite vaporizzazione.

Le esperienze con maggiore pericolo percepito sono quelle con uso di cerotti applicati sulla mucosa orale.

Le esperienze complessivamente più negative, in quanto poco gratificanti e al contempo pericolose, derivano dall'uso più diffuso, ossia dal cerotto transdermico.

Resta chiaramente un unico grande bias di selezione dei narratori, dato che come noto la storia la scrivono solo i sopravvissuti.

Tali informazioni, lungi dall'essere fine a se stesse, potrebbero alimentare strategie più efficaci di riduzione del rischio, in un flusso di nozioni che dall'utenza va agli operatori, per poi tornare all'utenza in una forma più significativa e consapevole.

Riferimenti bibliografici

EMCDDA Fentanyl drug profile. www.emcdda.europa.eu.

Erowid website. www.erowid.org.

Health Canada drug analysis service, Public Health agency of Canada. Spotlight: the evolution of Fentanyl in Canada over the past 11 years. www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/healthy-living/evolution-fentanyl-canada-11-years.html.

Jeffery M.M., Stevens M., D'Onofrio G., Melnick E.R. (2023). Fentanyl-Associated Overdose Deaths Outside the Hospital. *New England Journal of Medicine*, 389(1), 87-88. Doi: 10.1056/NEJMc2304991.

Piano nazionale di prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e di altri oppioidi sintetici, marzo 2024. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le politiche antidroga. www.politicheantidroga.gov.it/media/aubbes5e/piano-nazionale-versione-integrale.pdf.

Una esperienza di psicodramma analitico al SerDP San Giovanni in Persiceto. *Un progetto di miglioramento (2019-2023)*

Silvia Di Caro*, Giulia Favaro**

SUMMARY

■ *The device of analytic psychodrama with its own peculiar characteristics, according to the method developed by Dr. Lemoine, at the design level, was well suited to the medium to long-term treatment needs of patients in charge of SerDP.*

The experience itself was innovative with respect to the field of application, it met the design expectations not only from a clinical point of view, but also from an economic point of view.

The most important part, however, remains the clinical one, and from this point of view the numbers represented in the tables of the text are also encouraging.

An important fact to underline concern the effectiveness of the method in its progress, which not only confirmed the expected expectations, but also exceeded them.

From this we can deduce the reproducibility of the experience, which has as an indispensable condition a thorough training of the two psychotherapists involved in its application. ■

Keywords: *Analytic psychodrama, Specific psychotherapist training, Listening, Free association, Protected place of care, Therapeutic continuity, Setting, Privacy, Medium-long term treatment.*

Parole chiave: *Psicodramma analitico, Formazione specifica psicoterapeuti, Ascolto, Associazione libera, Luogo di cura protetto, Continuità terapeutica, Setting, Privacy, Trattamento medio lungo termine.*

Introduzione

L'idea di realizzare un progetto di miglioramento (Figura 1), nasce a seguito di una riflessione, da cui sono scaturiti gli obiettivi sottoelencati:

1. Diminuire i ricoveri e/o gli inserimenti in comunità, da parte degli utenti partecipanti al gruppo.
2. Diminuire i comportamenti antisociali e trasgressivi la legalità.
3. Prevenire i frequenti abbandoni di percorso degli utenti: incrementando una compliance estendibile anche a tutti gli interventi messi in campo dagli altri operatori, in seno al SerDP.

In qualità di psicoterapeute, per ottenere questi obiettivi piuttosto ambiziosi, abbiamo pensato di utilizzare lo strumento dello 'psicodramma analitico', individuando come essenziale la costruzione di un legame terapeutico importante, quale base indispensabile ad ogni altra azione operativa.

Cosa è lo psicodramma analitico: è un luogo di ascolto e di parola, protetto da un setting preciso, un luogo di cura, ove

* *Psicologa Psicoterapeuta, UOC Psicologia Territoriale Asl Bologna, SerDP San Giovanni in Persiceto.*

** *Psicologa Psicoterapeuta, Specialista Ambulatoriale Asl Modena, Spazio Giovani Adolescenti ed Adulti.*

comprendere ciò che è successo ad un paziente nella sua vita, per stare così male.

Un luogo rappresentato anche dai terapeuti, specialisti che oltre alla formazione sul metodo, devono aver fatto una lunga esperienza come pazienti essi stessi e come didatti sia nel gruppo di psicodramma analitico sia in sede individuale.

È una competenza maturata e assimilata nel corso di una formazione poliedrica, a dir poco rigorosa, a fare di questo luogo, un luogo di ascolto e di cura, autentici.

Questa condizione, che dal punto di vista terapeutico rappresenta un punto di forza del metodo, se applicata alle dinamiche aziendali diventa una criticità, sia per la difficoltà nel trovare psicoterapeuti esperti, nel senso spiegato prima, all'interno dell'azienda, sia per l'eventuale copertura finanziaria necessaria all'ingaggio di professionisti esterni.

Per questo il progetto è terminato ad agosto 2023 ed è stato ripreso su base volontaria, a gennaio 2024, con la formazione di un gruppo ex novo di 10 persone (a parte due utenti transitati dal gruppo sperimentale), che a tutt'oggi prosegue.

Il punto centrale sul quale lavora lo psicodramma analitico è depotenziare quel **particolare pulsionale soggettivo**, che alimenta il comportamento di dipendenza proprio di ciascuno, uno per uno, al di là dell'oggetto di dipendenza: alcol, droghe, gioco, ecc.

Fig. 1 - Scheda del progetto

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
PROGETTO DI MIGLIORAMENTO Gruppo di Psicodramma Analitico per utenti SerDP San Giovanni in Persiceto	Articolazione Organizzativa/Processo U.O. Ser.DP Pianura Allegato 5 MOD04P015AUSLBO
<input checked="" type="checkbox"/> Azione correttiva <input type="checkbox"/> Azione preventiva <input type="checkbox"/> Altro	
Data apertura: Ottobre 2019 Data chiusura prevista: Marzo 2021	
Motivazione del progetto: - Favorire la continuità del progetto di cura per utenti del Ser.DP attraverso una presa in carico psicoterapeutica	
Tipologia di Processo/oggetto di progetto di miglioramento: - Miglioramento del percorso dell'utente del Ser.DP, cercando di determinare un aumento della compliance ai diversi trattamenti del Servizio, creando le condizioni perché il percorso psicoterapeutico e sociale possano esplicarsi al massimo delle loro possibilità.	
Individuazione ed analisi delle cause: - E' stata rilevata una criticità di continuità di cura degli utenti Ser.DP dal punto di vista psicoterapico e sociale - Limitazione da parte di alcuni utenti a frequentare la psicoterapia individuale	
Obiettivi previsti: - Diminuzione degli abbandoni del percorso degli utenti del Ser.DP	
Indicatori e target (valori da perseguire): - Frequenza sedute psicoterapeutiche standard => 30% Target: - Ogni utente del Ser.DP con arresti domiciliari e/o pazienti scarcerati - Qualsiasi utente del Ser.Dp che necessità di psicoterapia di gruppo.	
Componenti del gruppo di progetto: - D.ssa Di Caro Silvia - D.ssa Giulia Favaro	
Responsabile del progetto: - D.ssa Silvia Di Caro	
Risorse necessarie e costi previsti: - Necessaria aula asl per il gruppo e borsa studio per collaboratrice specialista (già effettuata)	
Diffusione dei risultati: Target: - Equipe sede San Giovanni in Persiceto Modalità : - Report annuale sui risultati	

Non è un gruppo di socializzazione. Si tratta di un gruppo senza standard ma non senza principi: i riferimenti teorico-clinici, si basano su una rivisitazione dello strumento *moreniano*, da parte dei coniugi Lemoine (psicoanalisti francesi).

Tale dispositivo consente un percorso vero e proprio di psicoterapia, consentendo quindi di trattare contemporaneamente più utenti su una base di trattamento settimanale di durata di un'ora e mezza ciascun incontro. Dato importante in quanto una presa in carico individuale non potrebbe, ad oggi, essere possibile.

La sperimentazione si è svolta in un'aula di ospedale che ha consentito anche durante il Covid, la continuità del lavoro di gruppo, in quanto spazio garantito nelle necessarie norme di sicurezza (Figura 1).

Qualche dato di risultato

Lo psicodramma analitico proposto, è un trattamento specialistico di cura rivolto a ciascun paziente, come accennato e per questo abbiamo visualizzato i risultati attraverso dei grafici o delle tabelle, utili ad acquisire una immagine immediata e forse più chiara di quanto si è fatto.

Di seguito le modalità di calcolo degli indici.

Modalità di calcolo degli indici:

- dato che i pazienti si sono succeduti nel corso del progetto, per ognuno è stato calcolato il n. massimo di incontri a cui poteva partecipare, ed in rapporto al numero di presenze effettive, è stata determinata la percentuale di presenza, che nell'assunto progettuale doveva essere \geq al 30%;
- oltre all'analisi delle presenze sono state considerate anche le motivazioni che hanno determinato le dimissioni e/o le assenze, in quanto ritenute importanti ai fini della validazione progettuale.

Di seguito gli schemi che illustrano a livello numerico i risultati ottenuti, che meglio visualizzano quanto premesso.

La Tabella 1, mostra i dati di frequenza del gruppo.

Il progetto aveva come obiettivo una frequenza in percentuale del 30% e come si nota subito abbiamo ottenuto l'83% delle presenze a fronte del 17% di assenze di cui il 13% dovute a motivi giustificati (malattie, turni lavoro, trasferimenti) e solamente il 4% di assenze ingiustificate. Ricordiamo che il target di utenti SerDP è difficile alla compliance al trattamento.

Sottolineiamo che in un'ora e mezza alla settimana quanto prevede il gruppo, riusciamo ad assicurare e garantire al pz un equivalente del trattamento individuale che, per 10 pz, non sarebbe stato possibile assicurare settimanalmente.

Perché 10 pz equivalgono a 10 ore settimanali.

Tab. 1

CODICE PAZIENTE	numero incontri possibili	assenze	presenze	% di presenza	note	motivazione assenze 1	motivazione assenze 2	motivo della conclusione
A	5	0	5	100%				CARCERAZIONE
B	24	2	22	92%		ASSENZA NON CONCORDATA		IMPEGNI DI LAVORO
C	18	1	17	94%	trasferito a Biella	ASSENZA NON CONCORDATA		IMPEGNI DI LAVORO
D	68	13	55	81%		MALATTIA	INIZIO NUOVA ATTIVITA' LAVORATIVA	
E	27	4	23	85%		ASSENZA NON CONCORDATA		
F	9	3	6	67%	arresti domiciliari	ASSENZA NON CONCORDATA		INIZIO NUOVA ATTIVITA' LAVORATIVA
G	31	4	27	87%	arresti domiciliari	UDIENZE IN TRIBUNALE		UDIENZE IN TRIBUNALE
H	22	6	16	73%		ASSENZA NON CONCORDATA	SITUAZIONI LEGATE ALL'EMERGENZA DA COVID 19 ma non dipendenti dalla QUARANTENA (figli in DAD)	
I	24	2	22	92%		IMPEGNI DI LAVORO		INIZIO NUOVA ATTIVITA' LAVORATIVA
J	5	0	5	100%				
K	39	0	39	100%	arresti domiciliari			CONGEDATO DAL SERVIZIO
L	6	2	4	67%		ASSENZA SPONTANEA		CONGEDATO DAL SERVIZIO
J	25	0	25	100%				
M	25	11	13	52%		ASSENZA NON CONCORDATA	IMPEGNI DI LAVORO	
P	25	7	17	68%		IMPEGNI DI LAVORO		
R	13	9	4	31%		IMPEGNI DI LAVORO		
U	8	2	6	75%		MOTIVI SANITARI		
V	8	2	6	75%		IMPEGNI DI LAVORO		
	382	68	312	80%				

Dimissioni ed assenze

Per ben caratterizzare dimissioni ed assenze, sono stati creati due elenchi, esplicitati di seguito, uno circa le assenze e un altro che riguarda le motivazioni alle dimissioni:

Motivazioni di assenza (elenco n. 1)

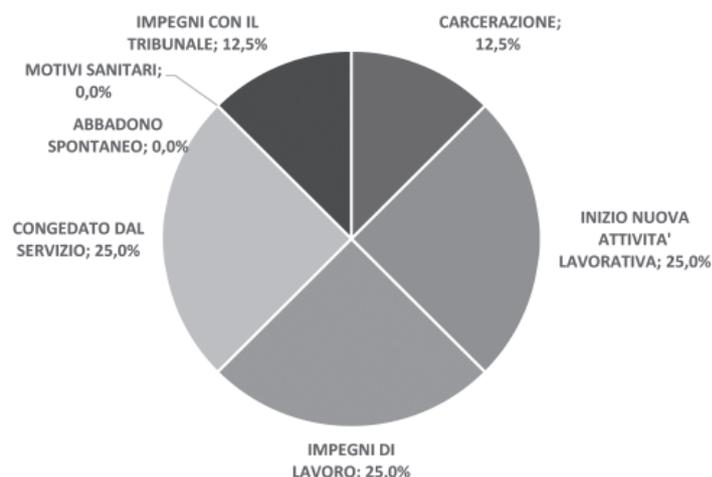
ASSENZA SPONTANEA
 MALATTIA
 UDIENZE IN TRIBUNALE
 IMPEGNI DI LAVORO
 INIZIO NUOVA ATTIVITÀ LAVORATIVA
 SITUAZIONI LEGATE ALL'EMERGENZA DA COVID-19 ma non dipendenti dalla QUARANTENA (figli in DAD)

Motivazioni di dimissione (elenco n. 2)

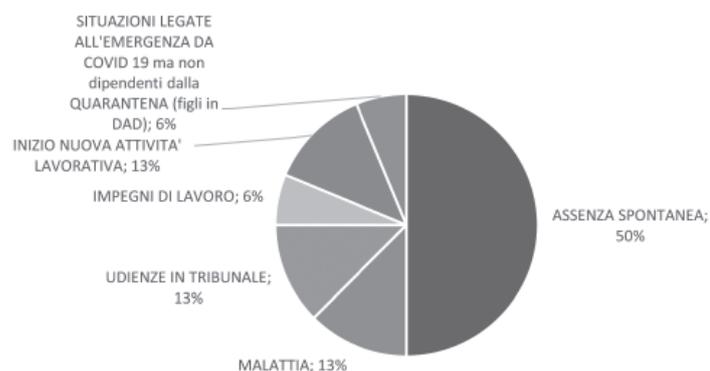
CARCERAZIONE
 INIZIO NUOVA ATTIVITÀ LAVORATIVA
 IMPEGNI DI LAVORO
 CONGEDATO DAL SERVIZIO
 MOTIVI SANITARI
 ABBANDONO SPONTANEO
 IMPEGNI CON IL TRIBUNALE

Sia le dimissioni (Grafico 1), sia le assenze (Grafico 2), sono state analizzate con cura, perché aggiungono al percorso di validazione del progetto molti elementi ben più interessanti rispetto alla semplice percentuale di presenza.

Graf. 1 - Motivazioni di conclusione (%)



Graf. 2 - Motivazioni di assenza



Dimissioni: commento ai dati

Le motivazioni che hanno determinato le dimissioni dal progetto sono per la gran parte dovute a situazioni contingenti, fra le quali, oltre agli attesi aspetti giudiziari, carcere e o udienze in Tribunale, si rileva il fattore lavorativo.

Si evidenzia che la responsabilità del paziente ad attivarsi ad una ricerca di un lavoro e a trovare uno sbocco in tal senso, unitamente all'impegno a risolvere le proprie pendenze giudiziarie attraverso la richiesta di aiuto ad avvocati e presentandosi puntuale alle udienze, sia un risultato positivo del trattamento di gruppo.

Il paziente che lavora riesce ad essere più presente anche ai colloqui con gli altri operatori del Servizio implicati nella cura.

In ultimo, il trovare lavoro e il risolvere le proprie pendenze giudiziarie, si inseriscono in un percorso di reinserimento sociale e di incremento del loro *empowerment*.

Assenza: commento ai dati

Le motivazioni che hanno determinato le assenze sono per il 50% definite spontanee nel senso che non sono state concordate con la Struttura e non hanno alla base motivazioni più o meno oggettive: sono la parte più «delicata» del progetto in quanti indice di possibile:

1. attivazione di difese e di resistenze ad un lavoro che implica una messa in discussione rigorosa del paziente ai vari livelli dal più superficiale al più profondo;
2. la tenuta in trattamento del paziente dipende anche da un lavoro attento da parte dell'intera équipe. Per esempio a non sovrapporre gli appuntamenti con altri operatori negli stessi orari e giorno del gruppo. Oppure anche il non informare e né condividere una scelta di intervento diversa che interrompe il trattamento: CT/ricoveri/tirocini e o detenzioni.
3. Gli orari del Servizio che vincolano i pazienti ad altri interventi sanitari, hanno talvolta inciso su tale indice

Conclusioni

Da sottolineare che *nessun paziente* ha necessitato di ricoveri e/o invii al CSM durante tutto il periodo di trattamento, testimoniando ancora una volta la validità dello psicodramma analitico.

Ogni paziente inserito nel lavoro di psicodramma analitico, ha intrapreso un percorso di osservazione psicodiagnostica approfondita, con l'uso di specifici test di personalità, come MMPI e PID5.

In base a quanto illustrato nella presente relazione, l'obiettivo del progetto di miglioramento riportato per intero nella Tabella 1, è stato nettamente superato: infatti l'indicatore di presenza fissato in sede progettuale al 30% ha raggiunto l'80%.

Ciò ha consentito una continuità del trattamento di cura più stabile ed anche una compliance al percorso ed a tutti gli interventi messi in atto contemporaneamente dall'équipe del Servizio.

Si sottolinea infine, che il gruppo di psicodramma analitico risulta una buona risposta anche rispetto alla quantità di pazienti che possono usufruire di un trattamento di media lunga durata, non più fattibile sul piano prettamente individuale.

Si ricorda che il gruppo include nel proprio lavoro ogni tipologia di dipendenza, rendendo il dispositivo ancora più efficace sul piano clinico, rimanendo aperto ad ogni necessità da parte del Servizio.

Si precisa che ogni paziente inserito nel gruppo, ha effettuato con la referente del presente progetto, un attento percorso di osservazione e diagnosi con applicazione di test di personalità e un colloquio clinico preventivo all'inserimento.

Con la presente relazione, si ritiene di poter validare la sperimentazione del progetto di miglioramento presentato, concluso con un piccolo ritardo rispetto ai tempi previsti, a causa del Covid.

Come si è accennato alle note introduttive, il dispositivo dello psicodramma analitico, continua a tutt'oggi con un gruppo di nuova formazione.

Riporta una ottima percentuale di presenze rispetto alle 10 persone che lo compongono, con congrua soddisfazione di ciascuno riferita dagli altri operatori del Servizio.

Riferimenti bibliografici

- Croce E.B. (1985). *Acting Out e gioco in psicodramma analitico*. Borla.
- Croce E.B. (1985). *Funzione analitica e formazione alla psicoterapia di gruppo*. Borla.
- Croce E.B. (1990). *Il volo della farfalla. Contributo alla ricerca sul lavoro della parola e del gioco in psicoterapia analitica*. Borla.
- Croce E.B. (2001). *La realtà in gioco. Reale e realtà in psicodramma analitico*. Borla.
- Lemoine P., Lemoine G. (1980). *Jouer-jouir. Per una teoria psicoanalitica dello psicodramma*. Astrolabio Ubaldini.
- Lemoine P., Lemoine G. (1987). *Le psychodrame*. Ed. FeniXX réédition numérique.

Generazione digitale e nuovi consumi: monitoraggio ed ipotesi di intervento

Luca Rossi*

SUMMARY

■ *It is undoubtedly complex to deal with adolescents and pre-adolescents without taking into account the changing and varied phenomenon of addictions: whether they are substances or behaviors, they impact, sometimes markedly, others more tangentially, in this age group, determining different developmental paths. The clinician, whether working privately or in the Public Service, is confronted with these issues and it is essential that he has the necessary tools to intervene early to prevent the chronicity of risky abusive behaviors and/or the development of an addiction.*

For these reasons, the aim of our work is to shed light on some lesser-known, but no less widespread, areas in the panorama of addictions.

We will present new substances recently marketed, new methods of taking already known substances and some chemical modifications that make the already known substances different for their psychoactive characteristics.

We will then focus on behavioral addictions such as gambling in its online mode and sex addiction.

Finally, we will conclude with some reflections related to treatment that can help the therapist to hypothesize a specific intervention path or that can be integrated within clinical practice. ■

Parole chiave: *Adolescenza, Dipendenze, Sostanze, Gioco d'azzardo online, Sex addiction.*

Keywords: *Adolescence, Addiction, Substances, Online gambling, Sex addiction.*

Introduzione

Il panorama delle dipendenze con e senza sostanze è in continuo mutamento.

I dati presentati dalla Relazione, prevista dal DPR 309/90 (principale fonte informativa nazionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga), dimostrano che il consumo di sostanze è in aumento sia nella fascia di età 18-64 anni, ma soprattutto in quella tra i 15 e i 17 anni.

Rispetto al 2021 preoccupa l'incremento dei consumi tra i giovani, che passa dal 18,7% al 27,9%, con un aumento dell'uso di cannabinoidi sintetici e di Nuove Sostanze Psicoattive (NSP) (Johnson, Johnson, & Portier, 2013).

Alle sostanze si affiancano dipendenze comportamentali come il disturbo da gioco d'azzardo (DGA), che si attesta tra lo 0,4 e l'1% della popolazione generale (Pallanti, 2020), e la sex addiction (SA), di cui si stima soffrano il 6% della popolazione maschile e il 3% di quella femminile (Carnes, 1991).

La fascia d'età maggiormente colpita è quella dei preadolescenti (11-14 anni) e degli adolescenti (15-19 anni).

Sono nativi touch, ovvero la prima generazione a sfruttare fin dall'infanzia le possibilità di interazione offerta da smartphone e tablet, ancora prima di imparare a leggere, a scrivere.

Vivono e si identificano in un multiverso, ossia in molteplici contesti e realtà distinti: sono in parallelo nelle chat, nei social, possono costruire un proprio avatar nel metaverso oppure in differenti videogiochi.

In ognuno di questi contesti modellano la propria identità mettendo in luce aspetti di sé differenti.

La tecnologia e il Web sono le fonti a cui si affidano per avere informazioni o risolvere i problemi, sono onnipresenti nella loro vita e offrono la possibilità di interagire con gli altri, di apprendere, di divertirsi e di confrontarsi con il mondo (Weinstein & James, 2022). Siegel in "La mente adolescente" sottolinea alcuni dei meccanismi neurofisiologici che definiscono questa fase di crescita, caratterizzata da un'intensificazione dell'attività dei circuiti cerebrali che utilizzano la dopamina: questo neurotrasmettitore riveste un ruolo fondamentale nella ricerca di gratificazioni, nello sviluppo e nel mantenimento di una dipendenza tanto da sostanze quanto comportamentale.

In diversi studi è emerso che il livello basale di dopamina nell'adolescenza risulta inferiore rispetto all'età adulta, ma al contempo raggiunge picchi superiori nell'incontro con esperienze nuove o particolarmente intense e piacevoli.

Questi meccanismi cerebrali verosimilmente spiegherebbero una maggior predisposizione alla noia associata alla necessità dei giovani e giovanissimi di ricercare stimoli rapidi e di breve durata, in concomitanza ad un bisogno di continua sperimentazione e messa alla prova.

Adolescenti e preadolescenti sono maggiormente vulnerabili allo sviluppo di dipendenze: più propensi a sperimentare e provare nuovi comportamenti e sostanze e reagiscono con un rilascio di dopamina superiore all'adulto, aspetto che comporta una maggior propensione alla reiterazione dell'esperienza.

In parallelo i giovani sfruttano strumenti nuovi, più flessibili ed in grado di rispondere ad ogni esigenza, ovunque e con estrema rapidità.

* Psicoterapeuta, Sessuologo Clinico, Ser.D. ASL TO3.

Il Web è opportunità, riconoscimento, curiosità e condivisione. L'obiettivo dell'elaborato è quello di approfondire il nuovo panorama delle dipendenze con cui i professionisti che operano in contesti clinici, pubblici e privati, si trovano a confrontarsi. Saranno, in prima istanza analizzate le nuove strategie di consumo e il poliabuso. Successivamente verrà lasciato spazio ad un approfondimento sulle dipendenze comportamentali, in particolar modo DGA online e Sex addiction (SA).

Il panorama delle sostanze psicoattive

Abbiamo scelto di focalizzarci su tre fenomeni di estrema rilevanza nel complesso mondo delle sostanze psicoattive: le Nuove Sostanze Psicoattive (NSP), le nuove strategie di consumo per sostanze già conosciute e il poliabuso.

Ogni anno vengono introdotte sul mercato mondiale nuove sostanze psicoattive: si tratta delle cosiddette "Legal highs", chiamate in questo modo poiché nella maggior parte dei casi sono commercializzate e modificate chimicamente prima che sia possibile riconoscerle, valutarne la pericolosità e prendere eventuali provvedimenti legislativi e penali (Johnson, Johnson, & Portier, 2013).

Si tratta di un fenomeno in costante aumento a partire dagli anni Novanta; ad oggi le NSP vengono utilizzate per lo più per scopi

ricreativi grazie ai loro effetti stimolanti, entactogeni, euforizzanti, allucinogeni o empatogeni (Vari *et al.*, 2021).

I dati estrapolati dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze riportano che ogni anno sono introdotte sul mercato 372 NSP; nel 2021 sono state segnalate per la prima volta 52 nuove sostanze.

Le NSP possono basarsi su componenti sintetici o naturali. È possibile individuarne cinque tipologie differenti in base agli effetti sull'organismo:

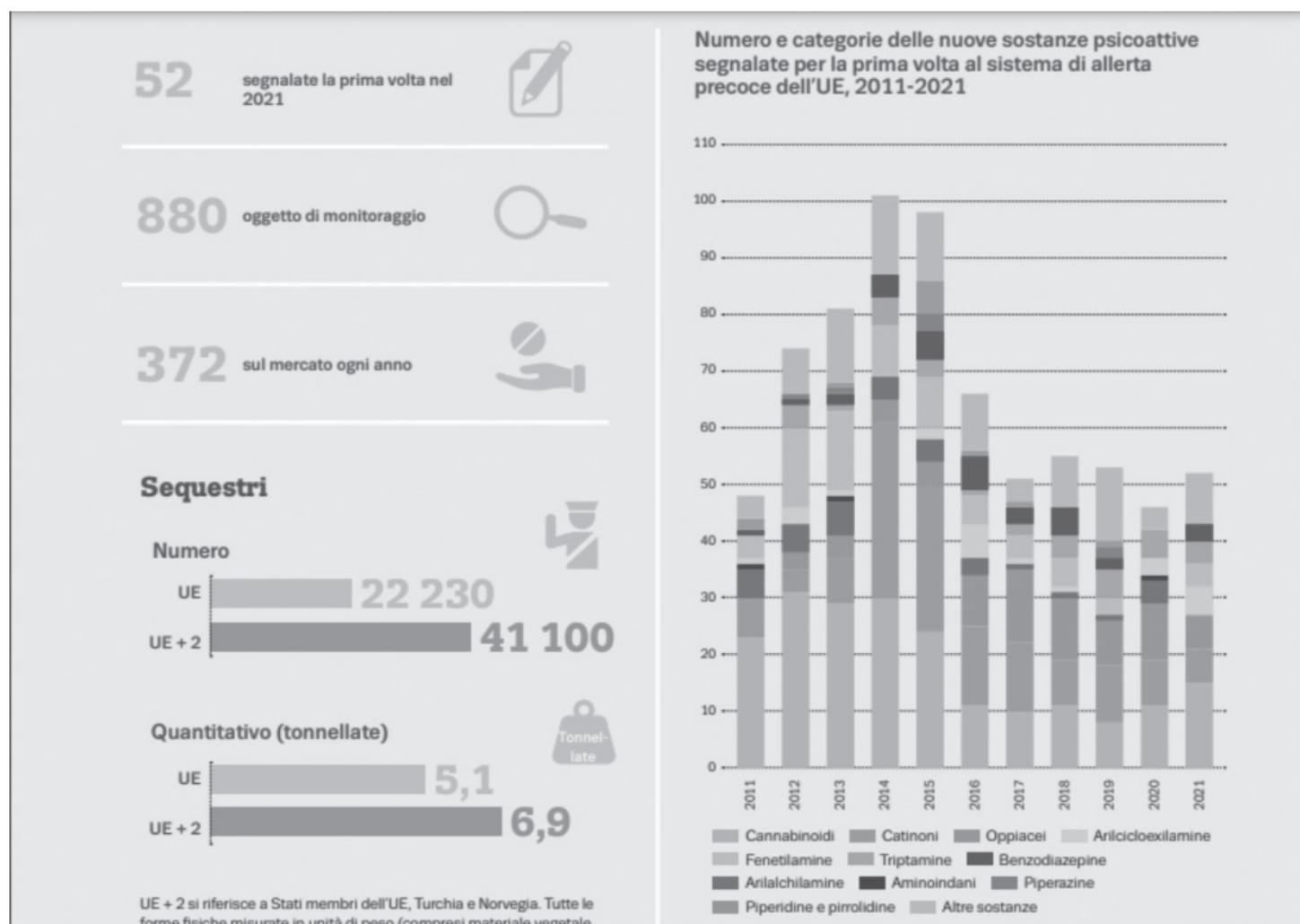
- Sostanze stimolanti simili a cocaina, amfetamina e ecstasy.
- Cannabinoidi sintetici.
- Sostanze ipnotico-sedative simili alle benzodiazepine.
- Sostanze allucinogene simili a LSD e psilocibina.
- Sostanze dissociative simili a ketamina e fenciclidina (Sajwani, 2023).

Il panorama è inoltre caratterizzato da principi attivi già chimicamente conosciuti ma modificati e spesso potenziati in laboratorio. La cannabis commercializzata negli ultimi anni presenta livelli di THC nettamente superiore a quella venduta negli anni Ottanta e Novanta.

Alcuni dati hanno dimostrato un aumento della concentrazione di THC da 8,14% nel 2006 a 17,22% nel 2016 e la tendenza fa presupporre una crescita ulteriore negli anni a venire (Hall & Swift, 2000) (Pijlman, Rigter, Hoek, Goldschmidt, & Niesink, 2005).

Aumentano di conseguenza anche i rischi legati all'assunzione, quali maggior propensione all'esordio di ansia, intossicazione acuta

Fig. 1 - Dati dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze in merito alle Nuove Sostanze Psicoattive (periodo di osservazione 2011-2021)



con sintomi simil-psicotici e maggiore facilità nello sviluppo della dipendenza (Freeman *et al.*, 2019).

Un altro caso degno di nota è quello dei cannabinoidi sintetici introdotti sul mercato all'inizio dei primi anni 2000, si tratta di molecole analoghe ai cannabinoidi naturali che hanno un meccanismo simile d'azione sull'organismo.

Progettati nell'ambito della ricerca scientifica e sintetizzati in laboratori chimico-farmaceutici, sono composti da molecole che conservano alcune proprietà peculiari del THC.

Agiscono sui recettori CB1 e CB2 e producono effetti psicotropi simili a quelli dei cannabinoidi naturali: euforia, rilassamento, agitazione, lieve tachicardia, allucinazioni, ansia, diffidenza nei confronti degli altri, panico.

Ad alte concentrazioni possono indurre anche allucinazioni, midriasi, secchezza delle fauci, nistagmo, dolori diffusi, fini tremori e vertigini.

A differenza dei cannabinoidi naturali non inducono dipendenza fisica, ma possono essere tollerati in dosi elevate favorendone un abuso massivo.

Ad oggi non esistono screening efficaci per rilevarli tramite esame obiettivo (ematochimico, delle urine, ecc.) (Rivalta *et al.*, 2015).

Vengono inoltre a modificarsi le strategie di assunzione con modalità che "tornano alla ribalta" soppiantandone altre più remote.

Un esempio tra tanti è il cambiamento a cui si è assistito nell'utilizzo dell'eroina.

Fino agli anni Settanta l'assunzione era prevalente iniettiva; successivamente i consumatori hanno preferito l'inalazione ed infine all'inizio degli anni Ottanta è subentrata una nuova modalità derivante dall'Oriente denominata "chasing the dragon".

Essa consiste nello scaldare l'eroina su un foglio di alluminio fino a liquefarla, e successivamente inalarla con una pipetta; la sostanza sprigiona un fumo colorato che sale verso l'alto ricordando proprio le spirali del corpo di un drago (Strang, 2023).

Ulteriore fenomeno prevalente nella fascia di età preadolescenziale ed adolescenziale è il poliabuso definito da un utilizzo concomitante di più di una sostanza psicoattiva tra cui alcol, tabacco e cannabis. Spesso è presente un preciso ordine di assunzione delle sostanze che permette all'individuo di massimizzare l'effetto desiderato; in altri casi invece si tratta di un'abbuffata senza una predeterminazione sequenziale.

Il poliabuso espone l'individuo a più elevati rischi per la salute poiché aumenta esponenzialmente la possibilità di intossicazione e al contempo lo rende più vulnerabile e disinibito rispetto a comportamenti ad alto rischio (Halladay *et al.*, 2020).

A ciò si aggiunge la sempre maggior facilità nel reperire sul Dark e Deep Web gran parte delle sostanze psicoattive e la possibilità di mettersi in contatto tramite social per organizzarne l'acquisto, sfruttando generalmente una "filiera corta" in cui il venditore è spesso una persona già conosciuta e quindi ritenuta più affidabile.

Gioco d'azzardo online

La diagnosi di disturbo da gioco d'azzardo (DGA) è piuttosto recente: risale infatti al 2013, in concomitanza con la classificazione nel DSM-5 all'interno del capitolo dedicato alle dipendenze, in cui per la prima volta viene inserita una sezione relativa alle "dipendenze non correlate all'uso di sostanze" (American Psychiatric Association, 2013).

Fino al DSM-IV il "gioco d'azzardo patologico (GAP)" era posto all'interno della sezione dedicata ai disturbi del controllo degli impulsi insieme ad altre patologie la cui caratteristica comune è "l'incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente, o alla tentazione di compiere un'azione pericolosa per sé e per gli altri" (American Psychiatric Association, 2000).

Tale diversa inclusione è legata ai risultati ottenuti da numerose ricerche che hanno dimostrato che il quadro sindromico, la fisiologia, il correlato cerebrale e il trattamento sono simili a quelli della dipendenza da sostanze (Coriale, Ceccanti, De Filippis, Caravasso,

& De Persis, 2015). Parallelamente anche l'*International Classification of Diseases nella sua undicesima revisione* (ICD-11), entrata in vigore nel 2022, unisce in una sola categoria i disturbi da uso di sostanze e da comportamenti, seguendo la linea teorica adottata dall'APA (World Health Organization, 2022).

Il gioco d'azzardo è un tema di grande interesse per la salute pubblica e verso cui sono stati dirottati importanti investimenti negli ultimi anni; la sola Regione Piemonte nel 2022 ha approvato un piano da 580 mila euro per prevenire e contrastare la diffusione del DGA.

Nel corso degli anni lo Stato si è mosso sia dal punto di vista della prevenzione, promuovendo progetti specifici all'interno delle scuole ed incontri divulgativi nei diversi Comuni, che a livello legislativo. Nel 2021 la Regione Piemonte, seguita poi da altre, ha approvato una legge che prevede un distanziamento di almeno 300 metri tra i luoghi sensibili (scuole, università, banche, ecc.) e le ricevitorie (Legge regionale 19 del 15/7/2021).

Malgrado i numerosi interventi sul gioco d'azzardo, il fenomeno è in continuo aumento: nel 2021 in Italia, considerando il solo gioco legale, sono stati spesi complessivamente 111,17 miliardi di euro contro gli 88 miliardi del 2020 (Musio, *Quanto è diffuso il gioco d'azzardo in Italia: l'online raddoppia con la pandemia*, 2022).

Tale crescita è legata principalmente alla diffusione sempre più marcata del gioco online.

Nel 2020 sono stati spesi 49 miliardi nel gioco da remoto, circa il 56%, passando nell'anno successivo al 61% con una spesa di 67,17 miliardi di euro.

Si tratta di un settore relativamente nuovo, che ha visto il suo esordio ad inizio degli anni Novanta: i siti disponibili per giocare online sono passati da poco più di una decina nel 1996 a 23.163 nel lontano 2010 e ad oggi risulta estremamente complesso avere un dato aggiornato, in seguito alle numerose aperture quotidiane di siti che propongono il gioco in tutto il web.

Sono dati che danno verosimilmente l'idea della crescita esponenziale avvenuta che sta profondamente trasformando il mondo del gioco d'azzardo (Spallone, Tancredi, & Padimiglio, *Online Gaming. Il settore del gioco online: confronto internazionale e prospettive*, 2019).

Il 2020 è l'anno in cui, in Italia, il gioco online diventa prevalente rispetto a quello dal vivo incentivato anche dall'"effetto Covid" (Musio, *Quanto è diffuso il gioco d'azzardo in Italia: l'online raddoppia con la pandemia*, 2022).

Tra le tipologie di gioco online le scommesse sportive rappresentano il più grande segmento del settore, con un valore di 20,9 miliardi di euro, pari al 48,3% del mercato totale.

Seguono i giochi da casinò (slot online, poker, bingo e lotterie) che rappresentano il 46,7% del totale (Spallone, Tancredi, & Padimiglio, *Online Gaming. Il settore del gioco online: confronto internazionale e prospettive*, 2019).

Alcuni studi hanno dimostrato che il gioco online è maggiormente praticato dalla popolazione più giovane (età media: 34,5 anni rispetto ai 48 anni del gioco offline) (Spallone, Tancredi, & Padimiglio, *Online Gaming. Il settore del gioco online: confronto internazionale e prospettive*, 2019).

Nonostante sia illegale per le piattaforme accettare iscrizioni da utenti minorenni, risulta piuttosto semplice aggirare i divieti consentendo facilmente l'accesso ai giovanissimi e falsando la media dei dati raccolti in letteratura (la reale età media giocatore del online potrebbe essere inferiore).

Ulteriore fenomeno degno di interesse è la diffusione del gioco online tra la popolazione femminile: alcuni studi, nazionali ed internazionali, sottolineano come le donne preferiscano il gioco da remoto a quello in presenza grazie ad un anonimato maggiormente garantito (McCormack, Shorter, & Griffiths, 2014) (Spallone, Tancredi, & Padimiglio, *Online Gaming. Il settore del gioco online: confronto internazionale e prospettive*, 2019).

Dati ottenuti da uno studio del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche SerDP AUSL di Piacenza, considerando il 2020 e quindi il periodo del lockdown, evidenziano che l'82% dei pazienti presi in carico con diagnosi di DGA è rimasto comple-

tamente astinente dal gioco, il 15% ha mantenuto le sue abitudini precedenti e solo il 3% ha aumentato utilizzando, in alcuni casi per la prima volta, il gioco online.

I pazienti con DGA presi in carico da tale Servizio, nella stragrande maggioranza dei casi, non hanno “virato” sul gioco online a meno che non fosse una modalità già sperimentata e vissuta come propria. Tale ricerca riveste un interesse particolare poiché ipotizza la fedeltà del giocatore alla modalità ritenuta essere la più redditizia.

L’“effetto Covid” riguarderebbe quindi l’avvicinamento al gioco online di nuovi utenti che non frequentavano casinò, tabaccherie o ricevitorie prima della pandemia.

Si tratta di giocatori con caratteristiche differenti rispetto a quelle riscontrabili nei pazienti presi in carico dai Servizi pubblici e privati negli anni precedenti (Avanzi, Calabrese, & Cabrini, 2020).

Dall’osservazione clinica emergono molteplici motivazioni che portano i soggetti a prediligere il gioco online tra le quali:

- Modalità di pagamento più versatili.
- Allettanti bonus di benvenuto.
- Possibilità di “fidelizzazione” in base al tempo di gioco o alla quantità di denaro investita.
- Maggior varietà di giochi disponibili.
- RTP (return to player) più alto: è la percentuale di denaro che torna in tasca al giocatore, rispetto al totale della spesa che ha investito (viene calcolata su una sessione di gioco non sulla singola partita). Alcune slot online hanno un RTP fino al 99,8%; quelle fisiche si attestano sul 70%.
- Sono accettate puntate minime di soli 2 centesimi.
- Offrono anonimato ed estrema accessibilità sfruttando qualsiasi device collegato alla rete.

Il presente quadro pone alcune difficoltà nella diagnosi e nella valutazione del gioco d’azzardo online. I criteri che sono stati inseriti nel DSM-5 e che permettono di formulare la diagnosi di DGA, tra i quali la necessità di giocare quantità crescenti di denaro, sessioni attivate in momenti di difficoltà soggettiva, desiderio di compensare rapidamente la perdita continuando le sessioni, menzogna, costante ricerca di denaro, spesso si presentano in un’entità moderata nel giocatore online.

Pur definendo e classificando accuratamente il quadro sintomatologico di un giocatore che utilizza la modalità offline, alcuni criteri non sembrano totalmente appropriati per descrivere il giocatore online. Un esempio è il fatto che, grazie alla possibilità di puntate minime e ad un RTP superiore, spesso i pazienti che giocano online non hanno difficoltà economiche o situazioni debitorie preoccupanti.

Non giocano in momenti di difficoltà emotiva e le sessioni sono prolungate poiché sempre a portata di device.

Vi è però una significativa quantità di tempo che il soggetto dedica al gioco, integrandolo ad altre attività legate agli apparecchi digitali, quali social network, games, o semplice navigazione web.

In questo panorama, grazie alle competenze e all’esperienza precoce del Web, adolescenti e preadolescenti sono particolarmente vulnerabili allo sviluppo di una dipendenza dal gioco online. Come strumento per combattere la noia, per sperimentare emozioni intense, per condividere con i coetanei una componente di sfida e di illegalità, il gioco online diventa un’esperienza estremamente attrattiva e quasi irresistibile.

Sex addiction

La sex addiction (SA) è una patologia con diagnosi in fase evolutiva. Nel DSM-4-TR non viene inclusa in una categoria diagnostica dedicata, ma rientra nei Disturbi sessuali non altrimenti specificati.

Descritta come un disagio definito da un pattern di rapporti sessuali ripetuti che coinvolgono una serie di amanti visti dall’individuo solo come oggetti da usare per il soddisfacimento del proprio piacere sessuale (American Psychiatric Association, 2000), la patologia, malgrado l’interesse scientifico, non viene approfondita.

Successivamente nel DSM-5 e nel DSM-5-TR, dopo un acceso dibattito tra clinici, la diagnosi SA scompare, in relazione ad una scarsa quantità di dati a supporto (American Psychiatric Association, 2013).

In parallelo, nell’ICD-10 viene introdotta una sezione dedicata all’ipersexualità con relative categorie differenziate tra la ninfomania (femminile) e la satiriasi (maschile) (World Health Organization, 2019).

Nell’ultima revisione dell’ICD, la 11, compare la diagnosi di Compulsive sexual behavior, caratterizzata da un persistente pattern di fallimenti nel controllare intensi e ripetitivi impulsi che si traducono in un comportamento sessuale reiterato (per un periodo di almeno sei mesi), che causa forte stress o difficoltà personali, relazionali, sociali, occupazionali oppure interferisce in altri ambiti importanti della vita.

L’attività sessuale diventa un focus centrale nella quotidianità del soggetto al punto di mettere in secondo piano la salute o la cura della persona.

Il paziente effettua numerosi tentativi fallimentari di controllare o ridurre il comportamento sessuale e, malgrado le conseguenze avverse dettate dalla pulsione, gli atti non vengono interrotti o ridotti. Nonostante l’accurata descrizione che permette di comprendere clinicamente il fenomeno, il Compulsive sexual behavior non è considerato un disturbo da addiction (World Health Organization, 2022), ma viene ricollegato ad una patologia riconducibile ai disturbi del controllo degli impulsi.

L’interesse clinico per la SA è presente fin dal 1812 quando Rush, in *Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind*, riportò il caso di un uomo il cui “eccessivo” desiderio sessuale causava una sofferenza psicologica tale da richiedere di essere reso impotente tramite operazione chirurgica (Rush, 1812).

Circa cinquant’anni più tardi von Krafft-Ebbing, psichiatra tedesco, descriveva una condizione clinica in cui il sesso permeava tutti gli ambiti della vita del paziente (Krafft-Ebbing, 1886).

Nel 1978 Orford, in un articolo dal titolo “Hypersexuality: implications for a theory of dependence”, proponeva di inserire un’attività sessuale eccessiva e compulsiva nella categoria delle dipendenze in relazione a fenomeni come la tolleranza, per cui è necessario il ricorso ad uno stimolo sempre maggiore per poter ricavare lo stesso tipo di piacere e alla necessità di impiegare una sempre maggiore quantità di tempo a discapito di altre attività per soddisfare la pulsione (Orford, 1978).

Carnes nel 1991, Goodman nel 1998 ed infine Kafka nel 2010 si sono susseguiti descrivendo sempre più dettagliatamente il fenomeno. Lo stesso Kafka definisce il disturbo da ipersessualità utilizzando criteri diagnostici quali la presenza di ricorrenti ed intense fantasie o comportamenti sessuali per un periodo consecutivo di almeno 6 mesi, associate a tentativi infruttuosi nella gestione della pulsione, ad un malessere significativo o difficoltà nella vita occupazionale o in altre aree importanti di funzionamento a causa di attività sessuali incontrollate.

In questa descrizione accurata, pur mancando le categorie di tolleranza ed astinenza, si fa comunque riferimento ad altre caratteristiche peculiari e spesso esclusive dei disturbi da addiction.

I giovani adulti sono particolarmente vulnerabili e sensibili allo sviluppo della SA anche grazie alla sempre maggior disponibilità e facilità nell’accesso a materiale pornografico online.

Sono soggetti abituati ad utilizzare il web per soddisfare gran parte delle loro curiosità, compreso l’aspetto sessuale.

La pulsione sessuale nella fase adolescenziale risulta essere una delle componenti fondamentali che motiva i soggetti ad interagire con i coetanei ed ad uscire dalle mura domestiche (Siegel, 2014).

Al contrario l’ingente diffusione della pornografia online ha permesso a molti adolescenti (e non solo) di appagare il desiderio sessuale disincentivando i rapporti con il mondo reale, senza doversi necessariamente confrontare con l’altro.

Il soddisfacimento risulta pressoché immediato, stimolato da materiale variegato ed illimitato, e svincolato da qualsiasi possibilità di rifiuto. Unico parametro necessario: un collegamento internet. Molti giovani e giovanissimi si sperimentano sessualmente per la prima

volta sfruttando la pornografia online, caratterizzata da esperienze scollegate dalla realtà con sessioni sessuali protratte nel tempo ed esperienze difficilmente riproponibili con i coetanei.

Il materiale pornografico è ricco di contenuti ad alta intensità che rappresentano sovente modelli irrealistici.

Qualora presente, l'attività sessuale con un partner reale risulta progressivamente insoddisfacente o comunque meno gratificante (Jensen, Nutt, & Serra, 2015).

Viene quindi a ridursi l'interesse sessuale verso i pari, sia per le aspettative irrealizzabili, sia per la complessità e l'imprevedibilità della relazione con l'altro, che può essere considerata una fatica in parte ingiustificata.

Il passaggio dalla pornografia su carta stampata all'online ha ridefinito la quantità di materiale disponibile, spesso gratuito, la facilità nell'appropriarsene, un rassicurante anonimato nell'utilizzo e una maggior difficoltà nel tutelare i minori.

Nei soggetti più deboli può comportare una riduzione delle relazioni significative con un possibile graduale ritiro sociale.

Ipotesi di prevenzione e trattamento

Il quadro delle nuove addictions è una tematica che riveste grande interesse per ricercatori, clinici e per tutti coloro che lavorano ed interagiscono con adolescenti e preadolescenti.

È un'emergenza per la salute fisica e mentale dei futuri adulti che necessita di strumenti flessibili e proposte trattamentali adeguate, in grado di rispondere alla specificità dell'utenza e alla mutevolezza del fenomeno.

Secondo diverse fonti scientifiche, la psicoterapia cognitiva risulta il trattamento elettivo nell'ambito delle dipendenze da sostanza e senza sostanza.

Prima di intraprendere un percorso terapeutico, lo specialista insieme al paziente deve definire un obiettivo condiviso, che può essere connotato da una riduzione del danno, caratterizzata dalla diminuzione del consumo della sostanza o del comportamento, oppure dall'astensione completa.

In entrambi i casi risulta basilare scindere le richieste/aspettative dei familiari che problematicizzano i comportamenti dei figli, spesso artefici della richiesta di aiuto ai Servizi, dal soggetto preso in cura, soprattutto se maggiorenne.

È necessario individuare un piano di lavoro realistico verso cui il paziente risulti motivato, e condividere in seduta obiettivi e possibili difficoltà che si potranno incontrare durante il trattamento (Mascetti & Sterepparola, 2006).

In questo quadro si inserisce progressivamente il lavoro sul craving e sui trigger emotivi, situazionali ed ambientali che possono innescarlo.

L'obiettivo è permettere al paziente di identificarli precocemente, in modo da mettere in pratica strategie acquisite durante il percorso terapeutico (allontanamento dallo stimolo, repentina richiesta di aiuto a figure di riferimento, evitamento di luoghi specifici o, per quanto riguarda le dipendenze senza sostanza, dai device).

Con il susseguirsi degli interventi clinici si fa uso di tecniche quali la prevenzione della ricaduta, la psicoeducazione, il management di stress e umore, la terapia motivazionale, l'esposizione con prevenzione della risposta e le tecniche di rilassamento (Da Silva Roggi, Da Gama, Neves, & Garcia, 2015).

Nello specifico, nell'ambito delle NPS è inoltre fondamentale il lavoro incentrato sull'astinenza. Risulta utile che il paziente comprenda appieno le conseguenze dell'uso e dell'abuso ridefinendosi come protagonista della propria vita, in grado di scegliere un comportamento rispetto ad essere spettatore passivo, condizionato da coetanei o mode del momento.

Anche nell'ambito del DGA online e della Sex addiction, risulta basilare lavorare sull'identità del soggetto, aumentandone il coping, le competenze razionali ed emotive.

Si cerca di renderlo in grado di porsi con i coetanei come voce al di fuori del gruppo senza il timore del giudizio, capace di ricono-

scere i device come strumenti, come oggetti al servizio dell'uomo e non come una caratteristica irrinunciabile del proprio essere.

In caso di ricadute risulta efficace analizzare accuratamente l'evento per identificare cause o situazioni che lo hanno determinato e successivamente ridefinire strumenti e strategie fruibili dal paziente per prevenirle.

Ulteriore attenzione deve essere data al significato assunto dalla sostanza o dal comportamento che riveste all'interno dell'identità del soggetto e sull'impatto che ha nella propria vita e nel rapportarsi con i coetanei.

Gradualmente, grazie anche al consolidamento della relazione terapeutica ed ad una auspicabile astinenza protratta, viene a crearsi uno spazio in cui il giovane paziente, elaborando i propri vissuti assieme al clinico, possa ridefinire una teoria sulla storia di abuso e di dipendenza che ha segnato la sua immagine.

Spesso la terapia con adolescenti e preadolescenti è complicata dalla scarsa motivazione nel ricercare e chiedere aiuto.

A volte è il familiare ad accedere ai Servizi portando con sé il minore, ma al contempo sminuendo o relativizzando la problematica di abuso e/o dipendenza. Inoltre è frequente, nel caso delle sostanze o del DGA online, che il gruppo dei pari ne sostenga il consumo o l'uso millantando un possibile allontanamento di chi si oppone al rituale.

Farmacologicamente non esiste un trattamento specifico per il trattamento delle dipendenze comportamentali (SA e DGA).

Anche nell'intervento clinico di pazienti che usano le NPS è proprio l'evoluzione rapida e continua del fenomeno a rendere complessa la ricerca di un farmaco che possa, ad esempio, ridurre il craving oppure la crisi d'astinenza (Johnson, Johnson, & Portier, 2013).

Le terapie farmacologiche proposte raramente riportano buoni risultati sulla gestione dell'addiction, ma propendono a stabilizzare il tono dell'umore, ridurre i sintomi ansiosi o compensare eventuali fenomeni di craving.

Alcuni studi hanno dimostrato una buona risposta del naltrexone, già utilizzato per il trattamento delle dipendenze da oppiacei, nei soggetti con diagnosi di DGA e SA, anche se sono necessari ulteriori approfondimenti (Rosenberg & Carnes, 2014).

Ulteriore trattamento riconosciuto valido dalla comunità scientifica nell'ambito delle dipendenze è la terapia di gruppo in cui il paziente, soprattutto se adolescente, si confronta con altri coetanei con la medesima diagnosi.

Clinici formati, presenti agli incontri, condividono conoscenze specifiche sul craving e sulle sostanze, rileggendo assieme ai pazienti le dinamiche relazionali proprie del gruppo adolescenziale, ed istigando possibili cambiamenti nell'identità dei partecipanti (Alavi *et al.*, 2021) (Flores & Mahon, 1993).

Altrettanto efficace, quando è possibile, è il coinvolgimento dei familiari dei pazienti nel trattamento. La dinamica può avvenire in gruppo o possono essere proposte sedute con un terapeuta che accoglie i momenti di disagio dei genitori e che fornisce strategie per fronteggiarli (Liu *et al.*, 2015) (Plasse, 1995).

Strumento di prevenzione particolarmente utile per questa fascia d'età è la peer education; basata su un approccio educativo in cui coetanei condividono conoscenze, competenze ed informazioni con i loro pari, si fonda sull'idea che le persone possano apprendere in modo più efficace e significativo quando ricevono informazioni da soggetti che hanno vissuto medesime esperienze.

Il gruppo di riferimento è spesso percepito come più credibile ed affidabile ed ha competenze sociali e relazionali che permettono una maggiore efficacia nella veicolazione di un messaggio (Black, Tobler, & Sciacca, 1998).

La validità della peer education è stata comprovata da numerosi studi e in differenti ambiti compreso quello delle dipendenze (Avci, Gündoğdu, Dönmez, & Avci, 2023) (Orsal & Ergun, 2021).

Sfruttare tale approccio nell'intervento sul DGA, NPS e SA risulta clinicamente più rilevante in quanto si tratta di fenomeni recenti, verso cui l'opinione pubblica, le forze dell'ordine, gli insegnanti e i professionisti della salute sono meno aggiornati, poiché le informazioni rimangono confinate, sovente, all'interno di gruppi esclusivi.

Conclusione

Il lavoro presentato esula da qualsiasi fantasia di esaustività sull'argomento trattato.

Le nuove addiction presentano caratteristiche peculiari, quali rapida evoluzione del fenomeno e difficoltà di inquadramento diagnostico, e necessitano di conoscenze specifiche rivolte a tutti coloro che voglio lavorare in diversi contesti e con diversi ruoli con adolescenti e preadolescenti.

Richiedono un costante aggiornamento per proporre inquadramenti diagnostici coerenti e percorsi trattamentali all'avanguardia.

Si tratta di un contesto in rapido e continuo mutamento: l'età media dei pazienti che sviluppano una dipendenza è più bassa rispetto al passato.

Prevalentemente il primo accesso ai Servizi territoriali (Ser.D.) è su base volontaria e la diagnosi di dipendenza risulta "mista", sia comportamentale che da sostanze; l'utilizzo marcato del web si rivela spesso preponderante.

L'autorevolezza del clinico gioca un ruolo basilare nel trattamento dei pazienti che riportano una o più dipendenze: basata su conoscenza del fenomeno, continui aggiornamenti, empatia, astensione dal giudizio.

Deve fondarsi su interventi mirati e personalizzati, con la capacità di mantenere ben saldo il timone anche nei possibili (probabili) momenti di tempesta, costellati da ricadute e riprese e, quando il "vento" lo permette, cambiamenti costanti e permanenti. Un terapeuta al passo con nuove sfide emotive e comportamentali.

Riferimenti bibliografici

- Alavi S.S., Ghanizadeh M., Mohammadi M.R., Jannatifard F., Esmaili Alamuti S., Farahani M. (2021). The effects of cognitive-behavioral group therapy for reducing symptoms of internet addiction disorder and promoting quality of life and mental health. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, (43): 47-56.
- Association A.P. (2000). *DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.
- Association A.P. (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina, 2015.
- Auer M., Griffiths M.D. (2022). The relationship between structural characteristics and gambling behaviour: An online gambling player tracking study. *Journal of Gambling Studies*, 1-15.
- Avanzi M., Calabrese A., Cabrini S. (2020). Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) al tempo della pandemia di Covid-19: il punto di vista dei SerDP. *Alea Bull*, 13-17.
- Avanzi M., Calabrese A., Cabrini S. (2020). Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) al tempo della pandemia di Covid-19: il punto di vista dei SerDP. *Alea Bulletin*, (8): 13-17.
- Avci D., Gündoğdu N.A., Dönmez R.H., Avci F.E. (2023). Students as teachers: effect of the peer education model on reducing smartphone addiction in adolescents. *Health Education Research*, 38(2): 107-118.
- Black D.R., Tobler N.S., Sciacca J.P. (1998). Peer helping/involvement: an efficacious way to meet the challenge of reducing alcohol, tobacco, and other drug use among youth. *Journal of School Health*, 68(3): 87-93.
- Carnes P. (1991). *Don't call it love: Recovering from sexual addiction*. New York: Bantam Books.
- Chóliz M. (2015). The challenge of online gambling: the effect of legalization on the increase in online gambling addiction. *Journal of Gambling Studies*, 32(2): 749-756.
- Coriale G., Ceccanti M., De Filippis S., Caravasso C.F., De Persis S. (2015). Disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia, diagnosi, modelli interpretativi e trattamento. *Rivista di psichiatria*, 50(5): 216-227.
- Cotte J., Latour K.A. (2009). Blackjack in the kitchen: Understanding online versus casino gambling. *Journal of Consumer Research*, 35(5): 742-758.
- Da Silva Roggi P.M., Da Gama M.F., Neves F.S., Garcia F. (2015). Update on treatment of craving in patients with addiction using cognitive behavioral therapy. *Clinical Neuropsychiatry*, 12(5).
- Emond A.E., Griffiths D.M. (2020). Gambling in children and adolescents. *British Medical Bulletin*, 1-9.
- Flores P.J., Mahon L. (1993). The treatment of addiction in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43(2): 143-156.
- Freeman T.P., Groshkova T., Cunningham A., Sedefov R., Griffiths P., Lynskey M.T. (2019). Increasing potency and price of cannabis in Europe, 2006-16. *Addiction*, 114(6): 1015-1023.
- Hall W., Swift W. (2000). The THC content of cannabis in Australia: evidence and implications. *Australian and New Zealand journal of public health*, 24(5): 503-508.
- Halladay J., Woock R., El-Khechen H., Munn C., MacKillop J., Amlung M., ... Georgiades K. (2020). Patterns of Substance Use Among Adolescents: A Systematic Review. *Drug and Alcohol Dependence*.
- Jensen F.E., Nutt A.E., Serra L. (2015). *Il cervello degli adolescenti: Tutto quello che è necessario sapere per aiutare a crescere i nostri figli*. Mondadori Editori.
- Johnson L.A., Johnson R.L., Portier R.B. (2013). Current "legal highs". *The Journal of Emergency Medicine*, 44(6): 1108-1115.
- Kafka M.P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2): 377-400.
- Krafft-Ebbing V. (1886). Psychopatia sexualis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, (19): 261-277.
- Ladd G.T. & M.P.N. (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 10(39): 302.
- Liu Q. X., Fang X.Y., Yan N., Zhou Z.K., Yuan X.J., Lan J., Liu C.Y. (2015). Multi-family group therapy for adolescent Internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. *Addictive Behaviors*, (42): 1-8.
- Mascetti W., Stereoparola G. (2006). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva – volume 3: patologie* (B.G. Bara, a cura di), Bollati Boringhieri.
- Matteucci N. (2022). Il boom italiano del gioco d'azzardo: mercato, istituzioni e politiche. *Stato e mercato*, 327-361.
- McCormack A., Griffiths M.D. (2012). Motivating and Inhibiting Factors in Online Gambling Behaviour: A Grounded Theory Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(1): 39-53.
- McCormack A., Shorter G., Griffiths M. (2014). An empirical study of gender differences in online gambling. *J Gambl Stud*, 30(1): 71-88.
- Musio V. (2022). Quanto è diffuso il gioco d'azzardo in Italia: l'online raddoppia con la pandemia. *Upday - Economia e finanza*.
- Orford J. (1978). Hypersexuality: Implications for a theory of dependence. *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs*, 73(3): 299-310.
- Organization W.H. (2019). *International statistical classification of disease and health related problems*. Ginevra.
- Organization W.H. (2022). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*.
- Orsal O., Ergun A. (2021). The effect of peer education on decision-making, smoking-promoting factors, self-efficacy, addiction, and behavior change in the process of quitting smoking of young people. *Risk Management and Healthcare Policy*, 925-945.
- Pallanti S. (2020). *Psichiatria e salute comportamentale. Diagnosi e terapie*. Carrocci.
- Pellai A. (2021). *Tutto troppo presto. L'educazione sessuale dei nostri figli nell'era di internet*. De Agostini.
- Perrino A. (2012). Il porno, vero business del web/Il portale "hot" Xvideos è il terzo sito più navigato al mondo dopo Google e Facebook. E dai paesi emergenti è boom di fatturato per le luci rosse online. *Affari italiani*.
- Pijlman F.T., Rigter S., Hoek J., Goldschmidt H.M., Niesink R.J. (2005). Strong increase in total delta-THC in cannabis preparations sold in Dutch coffee shops. *Addiction biology*, 10(2): 171-180.
- Plasse B.R. (1995). Parenting groups for recovering addicts in a day treatment center. *Social Work*, 40(1): 65-74.
- Rivalta L., Tallarico M., Vitale E., Onorato F., Gratteri S., De Matteis E., Bonacci F. (2015). Review sui cannabinoidi sintetici. *Mission*, 44.
- Rosenberg K.P., Carnes P. (2014). Sex Addiction: An Overview. *Behavioral addictions*, 215-236.
- Rosenberg K.P., O'Connor S., Carnes P. (2014). Sex addiction: An overview. *Behavioral addictions*, 215-236.
- Rush (1812). *Medical inquiries and observation upon the diseases of the mind*. Philadelphia: Kimber & Richardson.
- Sajwani H.S. (2023). The Dilemma of New Psychoactive Substances: A Growing Threat. *Saudi Pharmaceutical Journal*.
- Siegel D.J. (2014). *La mente adolescente*. Raffaello Cortina.
- Spallone M., Tancredi C., Padimiglio A. (2019). *Online Gaming. Il settore del gioco online: confronto internazionale e prospettive*. Deloitte.
- Strang J. (2023). Heroin and cocaine: new technologies, new problems. *Addiction Controversies*, 201-2011.
- Vari M.R., Zaami S., Pacifici R., Pichini S., Berretta P., Sciotti M., Graziano S. (2021). Sistema Nazionale di Allerta Precoce, una piattaforma web per il contrasto alla diffusione delle Nuove Sostanze Psicoattive. *Biochimica clinica*, 45(3).
- Weinstein E., James C. (2022). *Behind their screens: What teens are facing (and adults are missing)*. MIT Press.
- Wenzel H.G., Dahl A.A. (2009). Female pathological gamblers – A critical review of the clinical findings. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(1): 190-200.

“La formazione sulle dipendenze patologiche: possono i Ser.D. avere una funzione didattica vicariante nei confronti dell’Università?”

Contributo al dibattito

Emanuele Bignamini*

Premessa

Il tema proposto da colleghi in testi, paper, dichiarazioni, anche in questa rivista (vedi già Lugoboni e altri in *Mission* 37 del 2013), è di straordinaria importanza e attualità e la domanda posta solo apparentemente retorica.

La recente istituzione da parte di FeDerSerD di una “Scuola superiore di formazione Rita Levi Montalcini” e in particolare del corso per operatori di settore “Under 40 e nuovi assunti”, giunto alla terza edizione con notevole successo, sembra inquadrarsi nello stesso obiettivo.

Devo necessariamente premettere qualcosa sulla mia visuale.

La mia attività nei Ser.D., cominciata nel 1983 e conclusasi, con una parentesi di 5 anni in Psichiatria, nel 2019, per passare poi all’attività privata, è sempre stata accompagnata da dubbi e interrogativi in merito alla comprensione dell’oggetto di lavoro, al senso della condizione tossicomana, alle finalità della cura, all’organizzazione clinica necessaria al trattamento, all’efficacia degli strumenti.

Non è stato un atteggiamento da ricercatore nel senso proprio del termine, ma da clinico che si chiedeva con che tipo di problemi e di persone aveva a che fare e che cosa avrebbe potuto e dovuto fare, consapevole di non avere alcuna formazione in merito e (eravamo nei primi anni ’80) di non avere neppure molte fonti disponibili per informarsi e formarsi (la letteratura scientifica si è sviluppata soprattutto dagli anni ’90).

Il contesto dei primi anni dei Ser.D., in cui si doveva fare qualcosa, ma non si sapeva esattamente che cosa, e si doveva fare con soggetti non certo accomodanti, che fossero gli eroinomani di allora o le direzioni delle USL, invece di farmi fuggire mi ha messo nella necessità, sostenuta dall’euforia del SEEKING (nella accezione di Panksepp), di studiare e pensare per sopravvivere. Dall’autoformazione, negli anni sono poi necessariamente passato alla formazione di altri, prima interna con i “nuovi operatori” che andavano a potenziare l’organico Ser.D., e poi esterna, in molti ambiti (Ser.D., Regioni, comunità, associazioni), anche universitari (facilitato dalla qualifica di analista didatta), e cogliendo gli stimoli e le opportunità presenti nell’ambito professionale delle dipendenze, come essere membro attivo di SITD e FeDerSerD e cogliere le sollecitazioni tra le altre della rivista piemontese del settore che si titola, evocativamente, “dal fare al dire”, e scrivendo molto, attività che ancora oggi costituiscono per me un ottimo esercizio per continuare a pensare e a cambiare idea.

* *Psichiatra, analista didatta SIPI, Torino.*

Nell’ambito del Ser.D. in cui ho operato si sono sviluppate collettivamente significative competenze che, finché è stato possibile, hanno permesso a diversi colleghi di assumere, a loro volta, funzioni formative in vari ambiti, giungendo ad organizzare offerte di stage strutturati per altri operatori dei Ser.D. italiani e a collaborare con istituti universitari sia nella didattica sia nella ricerca.

Ho avuto modo, negli anni, di collaborare con, e di conoscere, molteplici altri iniziative come master, corsi di specializzazione e di perfezionamento, promossi in diverse parti d’Italia, cogliendone le diverse e differenziate impostazioni.

In questo ribollire di attività (ma assicuro che non ho mai trascurato l’attività clinica e organizzativa), mi sono fatto alcune idee, che vorrei condividere, sulla peculiarità della medicina dell’addiction e delle caratteristiche che sarebbe meglio (o sarebbe peggio) avesse una formazione specifica di giovani professionisti.

Chiarisco anche, sul piano del metodo, che non presenterò una bibliografia formalmente completa, ma solo alcuni riferimenti di testi nel corso dell’esposizione (riferimenti peraltro facilmente reperibili sul web), che servono solo per dare un’idea delle possibilità e delle necessità culturali formative nell’ambito dell’addiction.

1. L’oggetto della formazione

La prima questione che metodologicamente si pone è chiarire “di che cosa si parla”, cioè quale sarebbe l’oggetto della formazione.

L’atteggiamento del discente, soprattutto nei terreni di esplorazione come l’addiction, deve essere di ricerca e ascolto attivo e critico.

Infatti, deve essere preavvertito che il docente non può che trasmettere ciò che lui stesso ha appreso e, entro quei dati limiti, ciò che ha selezionato come contenuto da trasmettere.

Pertanto, a seconda della formazione del formatore, della sua scuola o teoria di riferimento, ci si può trovare di fronte a diverse proposte di interpretazione (perché di questo si tratta) dell’addiction, e a riferimenti concettuali anche piuttosto distanti, che schematicamente riassumo più sotto.

In concreto, la proposta formativa può organizzarsi attorno a oggetti molto diversi, tutti presentati con lo stesso nome di addiction.

Considerando la casualità con cui spesso si accede a opportunità formative, ci si può aspettare che i discenti che fruiscono di diverse impostazioni, acquisiscano competenze diverse.

Questo credo sia un bene: abbiamo esperienza dei danni alla

cultura che fanno i tentativi di omologazione e siamo consapevoli che un modo per contenere tentativi di monopoli e cordate di potere (immagino lo scatenarsi dell'ambizione dei prof in pectore...) è permettere la diversificazione.

E che venga lasciato al discente l'iniziativa e la responsabilità di formarsi (certo, a fronte di una ricca offerta di opportunità) è corretto sia sul piano della selezione dell'attitudine alla ricerca dei professionisti sia come metodo formativo per chi dovrà confrontarsi con pazienti che richiedono, appunto, iniziativa e responsabilità.

Mi premuro, però, di raccomandare di non cedere (completamente) alle sirene della cosiddetta EMB (evidence based medicine).

Se essa può assumere un ruolo significativo in specifiche decisioni (ad esempio, in alcune scelte operative), va ricordato che deriva a sua volta da una specifica filosofia che la precede logicamente. In termini procedurali, non è un punto di partenza, ma di arrivo, e deriva dalle teorie, visioni e convinzioni attualmente dominanti.

Cito, solo come esempio, la prevalenza culturale delle neuroscienze cognitive sulle neuroscienze affettive, e la conseguente sproporzione nella mole di lavori scientifici prodotti, che ricorsivamente conferma una visione sull'altra.

E accenno solo agli intrecci tra ricerca scientifica e interessi finanziari e di potere: senza fare i complottisti, non si può chiudere gli occhi sulle pressioni sociali, emotive, ideologiche ed economiche, che premono sulla ricerca e sulle sue applicazioni: il DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) e la sua impostazione diagnostica ne è esempio lampante. Pertanto, sarebbe ingannevole considerare l'EBM come una religione monoteista invece che come un utensile concreto, che facilita la prassi in alcuni ambiti specifici, ma non ha il costrutto per, e la finalità di, definire l'oggetto di lavoro.

1a. L'addiction come patologia

Il paradigma interpretativo dell'addiction attualmente dominante è quello della "malattia".

Da Jellinek (1962) in poi, la medicina ha costantemente tentato di ricondurre ai propri paradigmi, in costante cambiamento, l'oggetto "addiction"¹.

Attualmente, la dominanza delle neuroscienze cognitive ha ampiamente affermato il modello del BDMA (brain disease model of addiction), ritoccato e perfezionato negli anni (per una utilissima review, N. Volkow e C. Blanco, *Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention*, 2023. Per una discussione, E. Bignamini, *BDMA. Cervello, malattia, modello*, 2019).

Il modello si concentra su alcuni aspetti, in particolare i meccanismi biochimici, neurobiologici, genetici, fisiopatologici del sistema nervoso centrale e spiega alcuni aspetti del "che cosa" presumibilmente avviene in correlazione con l'assunzione di droghe, senza entrare nel merito del "perché" e del "come" (tralascio, citandolo solo allo scopo di sostenere la funzione critica nei docenti e nei discenti, l'ambito pur interessante della discussione tra la correlazione e il suo significato: che si "accendano" i neuroni nelle scansioni di brain-imaging, dimostra solo che la zona si attiva *durante* l'esecuzione del compito ma *non che ne sia implicata* (L. Bollea, *Neuroetica. La morale prima della morale*, 2008).

La comprensione dell'addiction come malattia, nello specifico come malattia del cervello, si presenta forte (ha un apparato di studi notevole), dominante (gli altri approcci hanno supporti di letteratura meno forti), rassicurante (le "prove" si fondano su immagini che si possono vedere e appaiono "vere"), utile (sostiene il razionale di alcuni trattamenti).

È quindi un modello da studiare con il massimo impegno.

Tuttavia, l'addiction ha una caratteristica che richiama il principio di indeterminazione di Heisenberg: ogni volta che si utilizza *un'ottica sola* per osservarlo, cambia aspetto e contraddice le attese.

I dati di ricerca che fondano il BDMA aiutano il clinico *solo in certe condizioni* e non in altre; in particolare, non è facile garantire la "pulizia" necessaria per trasferire dall'ambito sperimentale alla pratica clinica con la persona viva i dati di ricerca; ad esempio, a questo si collega l'effetto, solo parziale, probabilistico e senza riferimenti predittivi, di trattamenti farmacologici teoricamente corretti.

Con il paziente "vero", il tema della diagnosi tende ad allargarsi ad altre dimensioni solo in parte riconducibili al paradigma del *brain disease*.

Dobbiamo prendere atto, caso mai ce lo fossimo dimenticato, che l'essere umano non è una macchina, anche se alcuni funzionamenti possono essere simulati tecnologicamente, ma un sistema complesso.

1b. L'addiction come condizione complessa

Un altro riferimento concettuale ineludibile è, quindi, quello della complessità.

Complesso non vuol dire "molto difficile"²: vuol dire che, per definizione, l'oggetto complesso non è conoscibile *in tutte le sue parti allo stesso tempo* e che il controllo che si può avere su di esso è solo parziale e probabilistico.

Già questo assunto è sufficiente per comprendere il valore relativo del BDMA e, senza ridurne l'importanza, delimitarne la competenza e l'efficacia; e allo stesso tempo si pone il problema di come integrare quel modello.

Mi sento di dire che *Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability* di Mounir Ouzir e Mohammed Errami del 2016 sia praticamente sconosciuto in Italia, mentre sarebbe utile per allargare la visione dell'IRISA (impaired response inhibition and salience attribution), ossatura del BDMA, ad altre dimensioni pur nello stesso ambito paradigmatico (con temi come sistema dopaminergico, sistema decision making, sistema enterocettivo dell'insula, sistema serotonergico, sistema dell'ossitocina, sistema dello stress: CRF, NA, dinorfina/kor, orexina, vasopressina, vulnerabilità genetica, impulsività).

E purtroppo non è stato tradotto e diffuso in Italia il libro di R. West, *Theory of addiction*, uscito nel 2006 e ampliato con J. Brown nella seconda edizione del 2013.

Questa semplice variabile, la mancanza della traduzione italiana, determina una conseguenza significativa sulla formazione degli operatori delle dipendenze, cioè la non accessibilità di un prezioso (e unico) lavoro di organizzazione sistematica delle teorie sull'addiction: probabilmente sono pochi coloro che hanno potuto studiarlo, come si evince dalle quasi nulle citazioni del testo in Italia.

West organizza le teorie interpretative sull'addiction in diversi cluster, includendo i meccanismi di scelta razionale e di scelta

irrazionale, i problemi di impulso e self-control, le dinamiche motivazionali, gli aspetti cognitivi, l'habit e il condizionamento operante, l'addiction memory e i processi di apprendimento, le diffusion theories (studi sulle popolazioni e i comportamenti sociali), le comprehensive theories (sui comportamenti sociali appetitivi e di consumo).

Al suo lavoro si possono aggiungere ancora alcune specificazioni, come l'approccio psicodinamico (dagli antichi Olievenstein e Bergeret al PDM, psychodynamic diagnostic manual) e soprattutto le neuroscienze affettive sviluppate da J. Panksepp (J. Panksepp e L. Biven, *Archeologia della mente*, 2014; J. Panksepp e K. Davis, *I fondamenti emotivi della personalità*, 2020; M. Zellner, J. Panksepp, M. Solms et al., *Affective neuroscientific and neuropsychanalytic approaches to two intractable psychiatric problems: Why depression feels so bad and what addicts really want*, 2011) a mio modesto parere, il tessuto interstiziale di un mosaico teorico complessivo.

Naturale completamento dei riferimenti concettuali sono la psicologia evoluzionistica (ad esempio H. Plotkin, *Introduzione alla psicologia evoluzionistica*, 2002; P. Richerson, R. Boyd, *Not By Genes Alone: How Culture Transformed Human Evolution*, 2004) e le teorie sociologiche e sull'economia della felicità (ovviamente Bauman e Beck, poi Byung-Chul Han, Bartolini, e altri ancora).

West conclude, forse un po' amaramente, ma con ragione, che nel campo dell'addiction non mancano le teorie, ma che ognuna si muove a partire da presupposti propri prescindendo da altri punti di vista, il che ne limita il valore esplicativo; il lavoro di complessificazione della conoscenza non ha riscosso grandi entusiasmi.

La complessificazione è un punto critico per lo sforzo formativo, sia dei docenti (conoscere e tenere insieme diverse teorie) sia dei discenti (faticare per allenarsi ad usare più teorie come strumenti operativi, come tecniche, e non come religioni da professare).

West introduce anche uno spunto finale interessante: propone che l'addiction sia considerata come un costrutto sociale, come un oggetto che esiste in relazione alle rappresentazioni e al consenso collettivi.

In altre parole, essendo l'addiction un oggetto complesso che sfugge alla de-finizione, con implicazioni, influenze in uscita e in entrata (caratteristica dei sistemi complessi di essere aperti allo scambio con l'ambiente) e (pato)plasticità che trascendono i confini di ogni competenza, la sua concettualizzazione non può che essere una funzione del sistema che la definisce.

1c. L'addiction come costrutto sociale

Qui si pone un salto di livello, che ha notevoli ripercussioni sull'ipotetico impianto formativo e sulla selezione dei professionisti dell'addiction³.

L'addiction, su questo tutte le teorie sono d'accordo, anche se lo esprimono in modo diverso, coinvolge il soggetto nelle sue dimensioni più profonde, da quella biologica da una parte (corpo, sopravvivenza), al senso di pienezza e di valore della sua vita individuale dall'altro (memoria, soddisfazione, significato), e ancora al suo essere nel mondo e i rapporti con gli oggetti.

Che sia una spinta corporea, che sia un desiderio, che sia una funzione sociale, l'addiction confronta e si confronta con il senso dell'esserci, dell'essere in vita.

Cioè pone il tema di gestire l'orizzonte della morte, che per tutti, pazienti e terapeuti, toglie radicalmente senso a mete che sembrano tanto importanti se (o perché) rimuoviamo la consapevolezza del termine irrimediabile.

Sul piano sociale, il tema della vita/morte, per quanto poco gradito e quindi poco trattato in modo esplicito e diretto, sottende in realtà ogni sforzo individuale e collettivo: termini come progresso, sviluppo, crescita, benessere non riflettono altro che la (vuota) speranza di immortalità.

Questa non è una digressione pseudofilosofica: è il nucleo centrale di una condizione, come l'addiction, che emula la soddisfazione/gratificazione/piacere/benessere/senso di potenza e calore, evolutivamente utile e "naturalmente" derivante dallo scambio del soggetto con il mondo, nel cortocircuito neurochimico.

L'equivoco e lo scambio "felicità per piacere" è il nucleo dell'addiction, ma è anche il modello culturale della società (occidentale, consumistica) che indica i modi e i valori collettivamente riconosciuti per tacitare l'angoscia della morte (successo personale, benessere economico, potere, affermazione di sé e della propria parte), sostenuti dalla pressione delle istituzioni (scuola, giustizia, sistema di governo), del sistema economico (mercato del lavoro, sistema retributivo e previdenziale), della cultura sociale (valori condivisi, costume, convenzioni); l'addict, in un cortocircuito neurochimico/affettivo, sceglie un suo personale modo di gestire quell'angoscia, modo che incontra la disapprovazione generale.

È a questo punto che si genera la frattura tra stile di vita del singolo e la sua accettabilità collettiva ed è in questa discontinuità che si apre lo spazio, a seconda dei contesti, per la "diagnosi" (quindi il riconoscimento dell'addiction come problema) e, conseguentemente, per la repressione o la medicalizzazione delle scelte individuali.

In questo senso l'addiction è un costrutto sociale: infatti, culture diverse hanno, come è noto, concezioni, tolleranza, reazioni diverse ad un "problema" che non è definito e definibile per "natura", ma che ha profonde radici nel sentire e nel pensare dei popoli.

Non è un aspetto che può essere trascurato nella formazione dei professionisti dell'addiction, perché riemerge costantemente nella pratica clinica: infatti, non è il paziente che deve rispondere alla domanda "perché ti droghi", ma il terapeuta che deve spiegare al paziente "perché lui non si droga"; qui sta l'essenza della cura dell'addiction.

A sostegno di queste ultime affermazioni, invito a fare attenzione, studiando la storia delle vicende dell'Homo (che si autodefinisce) Sapiens, all'intreccio tra uso di droghe e sviluppo del pensiero filosofico (come in A. Paolucci, *Storia stupefacente della filosofia*, 2022), dell'arte, delle religioni (a partire già dal 1912 con Durkheim), dell'economia (strategica l'introduzione delle bevande stimolanti come il caffè e il tè per sostenere i cambiamenti delle rivoluzioni industriali, ad esempio, W. Schivelbush, *Storia dei generi voluttuari*, 2000), delle dinamiche di potere (T. Crasnianski, *Il potere tossico. I drogati che hanno fatto la storia*, 2019) e, soprattutto, dell'attività principale della specie umana: la guerra, che non sarebbe stata e non sarebbe quello che è senza l'uso sistematico e massiccio di stupefacenti, dall'alcol e l'oppio dell'esercito dell'antica Roma alle anfetamine dei nazisti (Pervitin) e degli Alleati (Benzedrina), al Captagon dei terroristi islamici.

Ci sono molti riferimenti in proposito come ad esempio P. Andreas, *Killer high. Storia della Guerra in sei droghe*, 2021; W.

2. Disciplina e cultura

Ho insistito sullo sforzo di comprendere l'oggetto della formazione perché è il passaggio indispensabile di ogni possibile valutazione diagnostica e scelta terapeutica.

La domanda preliminare è "con che cosa abbiamo a che fare".

E come ho cercato di esemplificare in questo breve excursus, affrontare il tema dell'addiction dal punto di vista formativo non è riducibile a contenuti riferibili a una disciplina, ma richiede un approccio culturale.

La differenza sta nella ipotesi di poter ridurre la conoscenza necessaria ad un insieme di norme (nozioni, insegnamenti, protocolli, tecniche, procedure) che vengono racchiuse in un insieme disciplinare, oppure nella convinzione della necessità di un sistema di apprendimento aperto a conoscenze di varia provenienza, alla riflessione sull'esperienza, all'intreccio tra diversi piani e diverse dimensioni, alla consapevolezza e alla familiarità con la complessità.

I pazienti non fanno sconti (la loro gravità è notevole, quindi va alla radice dell'esperienza umana) e richiedono terapeuti solidamente preparati, capaci di muoversi tra problemi diversi che non vengono portati dai pazienti nelle "giuste" sedi e con i "giusti" modi: il sistema di cura deve essere un team ("one team", Fonagy) in cui ogni professionista ha un ruolo, ma conosce e valorizza il ruolo degli altri; non basta la giustapposizione o la multidisciplinarietà, e l'integrazione è un mito che ha ormai mostrato i suoi limiti.

È necessaria una cultura comune, che permetta di collocare il proprio contributo specifico in un contesto di senso comune.

3. Ruolo dei Ser.D. e delle Università

Quanto sopra, spero renda ragione dell'impossibilità di chiudere in uno specifico approccio disciplinare le necessità formative per un professionista dell'addiction e della necessità, invece, di muoversi in un network, aperto e in dinamico mutamento, di stimoli a conoscere e a pensare.

I Ser.D. non sono una entità omogenea, come del resto non lo sono le Università.

Tuttavia, si può dire che, pur con notevoli variabilità locali, i Ser.D. hanno dovuto sviluppare una capacità di confronto e di gestione di un oggetto sconosciuto in una organizzazione che solo recentemente si è gerarchizzata, ma che per molti anni è stata collegiale (l'èquipe) e senza la predominanza della professione medica, caratteristiche che hanno forgiato una cultura unica nel SSN.

Certo, risentono pesantemente sia di pressioni esterne, come la svalorizzazione della loro unità organica multiprofessionale attraverso lo sviluppo di linee autonome ed esterne di comando delle diverse professioni; la compromissione della loro capacità progettuale e della loro filosofia organizzativa attraverso la riduzione a posizioni ancillari in macrodipartimenti; la sottrazione di risorse, aggravatasi durante e dopo il Covid, a dispetto delle dichiarazioni "ne usciremo migliori" (fatto, quest'ultimo, non riguardante solo i Ser.D.) sia di istanze interne individualistiche, laddove più o meno piccole posizioni di potere e possibilità di

carriera catalizzano grandi ambizioni personali, inevitabilmente conflittuali e disgregative.

Tuttavia, ancora adesso (e ancora per un po' di tempo, ma non molto, temo) sono portatori di un approccio culturale unico, da cui il SSN potrebbe imparare molto sul piano organizzativo e di approccio ai pazienti complessi da gestire in sistemi di cura flessibili e in divenire.

Sul versante formativo, mentre le Università potrebbero mettere a disposizione alcune conoscenze disciplinari e soprattutto la ribalta, il tessuto organizzativo e il know-how gestionale dei corsi formativi, la regia dei contenuti e gran parte dei contenuti stessi sarebbe bene fossero svolti dai Ser.D.

Personalmente eviterei di fantasticare su scuole di specializzazione (incardinate dove? Medicina – e lì, dove? Psichiatria, Medicina interna, Tossicologia, ... –, Psicologia, Scienze della Formazione, Sociologia, ... E sostenute politicamente e finanziariamente da chi?) soprattutto perché riproporrebbero dinamiche accademiche deteriori e tenderebbero a chiudere il discorso di ricerca su quello di potere e di lustro personale.

Sosterrei invece l'iniziativa di "creare spazi" attraverso l'accreditamento del proprio curriculum: certo, il "libero mercato" è un rischio, e vedere chi sono, ad esempio, alcuni degli psichiatri e psicoanalisti che hanno spazio sui media, non è rassicurante.

Tuttavia, se il paradigma della complessità guida i nostri passi, forse dobbiamo riconoscere che un po' di disordine offre maggiori possibilità creative e, soprattutto, può aiutare a selezionare i professionisti del settore: che non devono essere "inquadri" in percorsi disciplinari, ma che devono essere stimolati a cercare, pensare criticamente, scegliere, assumersi responsabilità, perché è quello che dovranno fare nella clinica.

Servono di più, alle dipendenze (e alla Sanità), professionisti capaci di apprendere dall'esperienza, metodologicamente ben impostati, aperti e collegati, attivi e interessati, capaci di muoversi su terreni impervi e inesplorati, che non baroni ingessati e obbedienti discepoli.

Questa può essere la funzione dei Ser.D.

Note

1. Non riprendo la discussione sulla terminologia: tossicodipendenza, tossicomania, dipendenza patologica, patologia da dipendenza, addiction, abuso. La ricordo solo come ulteriore conferma della scivolosità dell'ambito concettuale. *Rebus enim novis nova fingenda sunt nomina* (per le cose nuove bisogna coniare nuovi nomi). Capone A., 2020, Paideia n. 75, Cesena.

2. Non insisto sulla distinzione tra oggetto complesso (cum-plexus), cioè oggetto fatto di grovigli, e oggetto complicato (cum-plica), cioè fatto di pieghe e dunque s-piegabile. Ogni organismo vivente, individuale o collettivo (gruppo, società), è per definizione complesso: un sistema aperto in scambio con l'ambiente, resiliente (o, da una prospettiva di cambiamento terapeutico, resistente), in equilibrio al margine, probabilistico, auto-organizzantesi, ologrammatico, in cui gli input esterni innescano reazioni non completamente prevedibili. Queste conoscenze sono preliminari al discorso sull'addiction.

3. La finalità della formazione non può escludere la verifica di ciò che i discenti, che dovranno operare con i pazienti, sono in grado di (hanno le caratteristiche personali per riuscire a) utilizzare delle conoscenze apprese. Questo è un tema delicato ma che un progetto formativo non può eludere, cioè che non chiunque, anche se ha studiato, è adatto a lavorare nelle dipendenze. Un ambito clinico a bassa intensità tecnologica e ad alto impatto relazionale richiede attitudini, motivazioni e consapevolezza decisamente raffinate.

ALCOVER®

sodio oxibato

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



Depositato presso AIFA il 31/03/2023 MP2023/008



CLASSE H: Specialità con impiego limitato nell'ambito degli ospedali e di strutture assimilate. Dispensabile in farmacia non in regime di SSN - RNRL
1 flacone 140 ml: €33,60 • 12 flaconi 10ml: €32,39

Copyright © Franco Angeli

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

RCP ALCOVER





Alfio Lucchini
**CONSUMI E DIPENDENZE
 IN ADOLESCENTI E GIOVANI
 ADULTI.
 ANALISI DEL FENOMENO
 E STRATEGIE DI INTERVENTO**

Collana: Clinica delle dipendenze
 e dei comportamenti di abuso
 pp. 240
 euro 29,00
 Editore: FrancoAngeli

Gli adolescenti e i giovani adulti rappresentano il futuro della nostra società, ma vivono un presente complesso e insoddisfacente. Il volume descrive questo periodo della vita e ne illustra le caratteristiche, proponendo un approccio fiducioso e positivo verso le potenzialità dei nostri giovani. Le sostanze psicoattive talvolta si insinuano nei percorsi adolescenziali e li caratterizzano: per questo sono presentate tenendo conto dei nuovi fenomeni di consumo e il loro utilizzo è analizzato senza giudizi moralistici, ma valutandone i rischi per la salute psichica e fisica e per le possibili conseguenze per sé e gli altri, con attenzione alle nuove sostanze psicoattive e ai pain killers. Il richiamo ai compiti propri degli adulti, delle agenzie educative e formative, è correlato a quelli più vasti della società, delle istituzioni

e degli operatori, che devono impegnarsi con una nuova consapevolezza per combattere lo stigma legato alle dipendenze ed entrare in sintonia con i giovani consumatori di sostanze del terzo millennio. Il volume descrive procedure, leggi, opportunità e servizi previsti e attivati per il “pianeta droghe e consumi” che gli adolescenti possono “incontrare”, subire o utilizzare. Sono, inoltre, illustrate le strategie che i Servizi delle dipendenze devono intraprendere per intercettare i giovani e perseguire l’obiettivo prioritario di un intervento precoce e proattivo. Grazie al taglio discorsivo, il volume si rivolge non solo agli studenti e alle molteplici figure professionali che si occupano di dipendenze, ma anche a genitori, insegnanti e a quanti a vario titolo si relazionano con adolescenti e giovani adulti.

Alfio Lucchini, psichiatra, specialista in psicologia, psicoterapeuta. Già direttore del Dipartimento di Salute mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e Martesana, Past president nazionale di FeDerSerD. Direttore del Centro studi e ricerche Consumi e Dipendenze – CeRCo, esperto dell’area salute mentale e dipendenze di Regione Lombardia, promotore della Scuola superiore di formazione Rita Levi Montalcini di FeDerSerD. Insegna presso la Scuola di specializzazione in Psicoterapia dell’adolescente e del giovane adulto dell’Istituto Minotauro di Milano. Autore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche, per i nostri tipi ha recentemente pubblicato: *L’evoluzione dell’intervento nelle dipendenze in Italia* (2023); *Dipendenze: il valore della formazione per una nuova sanità territoriale* (2023).



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Consiglio Direttivo Nazionale

- Roberta Balestra (presidente)
- Concettina Varango (segretario esecutivo)
- Felice Nava (direttore comitato scientifico)
- Giulia Audino, Liborio Cammarata,
- Roberto Carrozzino, Edoardo Cozzolino,
- Donato Donnoli, Maria Luisa Grech,
- Antonella Manfredi, Lilia Nuzzolo,
- Margherita Taddeo, Alessandro Coacci (p. president),
- Fausto D’Egidio (p. president),
- Alfio Lucchini (p. president), Vincenzo Lamartora,
- Marco Riglietta, Giovanni Galimberti,
- Liliana Schifano, Rosalba Cicalò, Angelo Solinas,
- Giorgio Serio, Vincenza Ariano, Giorgio Pannelli,
- Daniele Pini, Paola Trotta, Stefano Burattini,
- Mara Gilioni, Maurizio D’Orsi, Bettina Meraner,
- Francesco Sanavio, Roberto Calabria, Meri Bassini,
- Andrea Monculli

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI “SOCIO ORDINARIO”

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a FeDerSerD presso la Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2025 - 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 2025
 Di rinnovare l'iscrizione in qualità di socio ordinario per l'anno 2025
 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).