

EDITORIALE

- Nuovi modelli organizzativi dei Servizi delle Dipendenze nella sanità del territorio
Guido Faillace 1
- Ci ha lasciato il dott. Guido Faillace 5

SAGGI, STUDI E RICERCHE 

- Comunicazione Terapeutica e Assistenza socio-sanitaria. Esperienza di formazione in un Ser.D.
Allaman Allamani, Gabriele Bardazzi, Laura Berni, Alberto Centurioni 11
- Disturbo da Gioco d'Azzardo: uno sguardo sui "nuovi" utenti
Sara Rolando, Sonia Ammessio, Elvira Arcidiacono, Maddalena Calcagno, Gaia Cuomo, Stefano Golasmici, Monica Pimpini, Annalisa Pistuddi, Patrizia Sofia, Federico Durbano 16

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

- A che gioco stiamo giocando? Uno studio sulle determinanti psicosociali del consumo di gioco problematico e del malessere tra gli adolescenti
Claudia Venuleo, Salvatore Della Bona, Tiziana Marinaci 43
- Interazioni tra farmaci, droghe ed alimenti
Loris Rivalta, Susanna Melina, Eva De Matteis, F. Cristofalo, Santo Gratteri 49
- Il dialogo con il laboratorista tossicologo sulla valutazione e gestione dei casi borderline
Varango Concettina, Cerutti Lorenzo, Gavina Manuela 53

SCIENZA E SOCIETÀ

- Vittimizzazione secondaria e attribuzione della colpa alla vittima nella violenza sessuale
Ezio Manzato, Giovanna Del Balzo 56

LE RUBRICHE

- Contaminazioni
Primo Levi e le "nuove tecnologie"
Maurizio Fea 6
- La Finestra dei consumatori
Parole. Silenzio (di Martinček, agosto 2023) 8
- Dignità (di M. B., luglio 2023) 8
- Che sapore ha il giorno?
(di M. B., agosto 2023) 8
- Poetry Corner/Rubrica di poesia
Il viaggio in Normandia
Enzo Lamartora 9

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

- La dr.ssa Roberta Balestra assume la presidenza di FeDerSerD 64

RECENSIONI 10

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL OF ADDICTION

Nuovi modelli organizzativi dei Servizi delle Dipendenze nella sanità del territorio

Apprendo questo nostro XII congresso nazionale voglio ringraziare tutte le autorità presenti, il presidente del congresso Marco Riglietta e tutti voi che in 400 siete qui oggi in questo bellissimo Centro Congressi.

Essere a Bergamo nell'anno in cui con Brescia è capitale italiana della Cultura ha per noi un significato particolare che è rappresentato nel titolo stesso di questo congresso "L'innovazione e la personalizzazione degli interventi nelle Dipendenze. *La cultura della cura*".

Abbiamo presentato in tutti i contesti, recentemente prima a Vienna alla conferenza Onu e poi a Venezia alla riunione del Gruppo Pompidou la bontà del modello italiano nella presa in carico e nella cura dei cittadini con problemi di dipendenza.

Voglio anche oggi insistere sulla importanza dei nostri Servizi.

Un Sistema quello dei Ser.D. che può contare su 575 Servizi pubblici del Servizio Sanitario Nazionale, distribuiti sul territorio nazionale, con 616 sedi ambulatoriali, ad accesso libero e gratuito.

- **An exploratory study on alcohol related problems among party-goers in the Veneto Region, Italy** 
Diego Saccon
- **Percorsi di cura per il disturbo da uso di alcol: il modello integrato sanitario e riabilitativo**
Giuseppe Fertonani Affini, Cristina Giuffredi
- **That's alcol. Un approccio psicoeducativo di gruppo**
Jessica Rigon, Alice Tono, Luigina Seno, Orghe Pertegato, Ermanno Margutti
- **L'intervento educativo in un reparto ospedaliero di riabilitazione alcolica**
Cristina Rinaldi, Elisa Chiaf, Sara Zamboni, Linda Buizza, Erica Maver, Marco Dotti
- **Dal "Nodo di Gordio" dello stigma e dell'esclusione all'intervento di prossimità che riallaccia i legami nei percorsi terapeutici e riabilitativi per il paziente alcolista**
Anna Sabbione, Deborah Ferrando, Roberto Villa Vercella, Isabella Delsedime, Egidio Costanza

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno X, n. 38

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XVII, 2023 - N. 62

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); Franco Zuin (Milano); Concettina Varango (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 20/12/2023

ISSN 2037-4798

Seguici su:



www.facebook.com/FeDerSerD/



@FeDerSerD



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



E abbiamo circa 300.000 persone che annualmente frequentano i Ser.D. per disturbo da uso di sostanze stupefacenti, alcol, tabacco e per le varie dipendenze comportamentali.

Se è vero che oltre l'80% dell'utenza è di sesso maschile, le donne presentano spesso problemi specifici e di solito più complessi.

L'età media dei nostri utenti è di 40 anni, i giovani con età under 25 sono poco più del 10%, ma abbiamo ben colto la necessità di proporre moduli, programmi, servizi, sedi dedicate ai bisogni specifici dei giovani d'oggi.

Sono circa 6.500 i professionisti pubblici, dei vari profili (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori, amministrativi), sempre pochi e in diminuzione, ma attenti a tutelare la salute degli utenti, come hanno dimostrato in epoca Covid.

Inoltre oltre 800 sono le strutture del privato sociale, con quasi 17.000 utenti residenziali puntuali e circa 3.000 sono gli operatori rapportabili a tempo pieno.

Ma cari colleghi sappiamo che ci attende un compito difficile, poiché si stima che il bisogno sommerso sia otto volte maggiore di quello espresso e tale dato rappresenta una priorità di sanità pubblica: per questo servono e chiediamo maggiori risorse per poter sviluppare interventi territoriali e di prossimità.

Parlando di Ser.D., di Sanità territoriale, di importanza della integrazione socio sanitaria riprendo la pandemia da SARS-CoV-2, che ha dimostrato il ruolo fondamentale di un sistema sanitario pubblico territoriale, che ripeto deve essere potenziato dopo anni di disinvestimento.

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

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

Ma prima ancora è la lotta allo stigma che deve vederci parte attiva.

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

Determina un ritardo nella richiesta di aiuto, e il bisogno sommerso che abbiamo visto.

Le attività di risocializzazione e riabilitazione devono essere parte obbligatoria del nostro agire, coinvolgere sia la persona che il suo contesto di vita per avere una maggiore efficacia.

Gli interventi devono essere centrati sulla persona, sul contesto di vita, per modificare false credenze, aumentare le conoscenze e la sensibilità, diminuire i comportamenti ostili e pregiudiziali, che possono interferire col programma e con il superamento delle disuguaglianze di salute.

Il bisogno inespresso lo ripeto deve essere considerato una priorità di sanità pubblica.

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

Nell'autunno scorso in assemblea nazionale abbiamo approvato i "Dieci punti di FeDerSerD" per la valorizzazione e il protagonismo dei Servizi delle Dipendenze (Ser.D.) nella nuova Sanità Territoriale.

Sono temi attuali in toto anche oggi, e li stiamo proponendo nella nostra attività istituzionale che ritengo centrale per l'avanzamento del nostro sistema.



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>

Ne riprendo alcuni:

Garantire e valorizzare la multidisciplinarietà nei Servizi, e considerare l'insieme delle Dipendenze nonché curare le patologie correlate.

Favorire l'accesso alle cure.

Lavorare per PDTA, reti cliniche e integrazione delle cure, posizionando i Ser.D. come hub del sistema d'intervento territoriale, garantendo organizzativamente una visione dipartimentale.

Applicare tutti i LEA, quelli base e quelli del 2017, premessa per l'integrazione socio-sanitaria.

Applicare gli standard di personale e i modelli organizzativi per livelli di gravità e intensità come previsto dal decreto interministeriale assentito anche dalle Regioni, del 24 gennaio 2023. Decreto che aspetta ancora la pubblicazione formale che continuiamo a chiedere.

Valorizzare le attività secondo le evidenze scientifiche e gli outcome di efficacia.

Favorire l'introduzione di nuove tecnologie, percorsi di telemedicina, innovazioni farmacologiche.

Istituire la disciplina e la specializzazione di clinica delle dipendenze.

Cambiare profondamente il TU 309/90 alla luce dei cambiamenti degli ultimi 30 anni!

E ancora agire contro lo stigma e favorire un clima culturale idoneo alla valorizzazione della presa in carico e della cura.

Questo congresso saprà approfondire questi temi nelle numerose e assai qualificate sessioni.

Trovo significativi i progetti farmacologici che verranno presentati e i volumi che saranno distribuiti a tutti i congressisti riguardanti due temi centrali: la formazione e la presa in carico precoce.

Auguro tre buone giornate di lavoro congressuale a tutti e saluto anche gli operatori che in questi giorni garantiscono l'operatività nei Servizi.

Intervento del Presidente nazionale FeDerSerD dott. Guido Faillace in apertura del congresso nazionale, Centro Congressi Giovanni XXIII, Bergamo, 25 ottobre 2023.



Ci ha lasciato il dott. Guido Faillace

Morto oggi il Presidente nazionale di FeDerSerD
L'Ufficio di presidenza nazionale, il direttivo, il comitato scientifico, le federazioni regionali e la segreteria annunciano agli operatori tutti del sistema di intervento italiano delle dipendenze, alle Istituzioni e a chi lo ha conosciuto, la scomparsa del dott. Guido Faillace, presidente della società scientifica.

Medico di formazione psichiatrica, 70 anni, ha dovuto arrendersi alla malattia, lui uomo tenace, autentico e sincero, di forti passioni e di affetti sinceri.

Sempre attento alle Istituzioni, direttore Ser.D., si è sempre battuto per la valorizzazione del servizio pubblico e per lo sviluppo di un sistema integrato con il privato sociale.

Attento e disponibile al dialogo, ma fermo negli obiettivi, ha condotto con abnegazione la società scientifica di cui fu socio fondatore e a cui ha dedicato tanta parte della sua vita.

Dieci giorni fa a Bergamo ha aperto e condotto il congresso nazionale e insieme a tanti colleghi ha festeggiato i suoi 70 anni e il recentissimo pensionamento.

Professionisti e medici come lui illuminano le speranze di una società più pacifica e di una sanità più fruibile e giusta.

Sarà per noi dirigenti di FeDerSerD difficile riuscire a proseguire nel suo solco.

Faremo tutto il possibile.

Un abbraccio forte ai familiari e a tutti voi che lo ricordate con noi.

Milano, 7 novembre 2023

Ciao Guido

Ti porto i saluti delle colleghe e dei colleghi della Federazione. Ci mancherai molto. Ci mancheranno le tue telefonate quotidiane. Ti ricordiamo come una persona autentica e sincera, di forti passioni e ideali, uomo delle istituzioni, ma prima di tutto del servizio pubblico e della tua Sicilia, che citavi sempre nei tuoi interventi.

Impegnato a lavorare per le persone con meno risorse e più problemi.

Erano per te un vanto il tuo Servizio di Alcamo, i giovani colleghi che eri riuscito ad inserire attraverso i tanti progetti ideati.

Hai presieduto con abnegazione la nostra società scientifica, a cui ti sei dedicato fino alla fine.

Pochi giorni fa a Bergamo hai aperto e condotto il Congresso Nazionale, senza cedere alla fatica. Insieme abbiamo festeggiato i tuoi 70 anni ed il recentissimo pensionamento, che oggi appare quasi una beffa.

A Bergamo ci hai salutati tutti.

Professionisti come te illuminano le speranze di una società più accessibile, equa e giusta.

È per noi, tuoi colleghi e amici, un obbligo affrontare con il tuo esempio i compiti che abbiamo davanti.

Un saluto ed un affettuoso abbraccio a Maria, Paola e Marco ed agli altri familiari.

*Roberta Balestra, vicepresidente FeDerSerD
Cattedrale di Alcamo, 9 novembre 2023*



Contaminazioni

Maurizio Fea

Primo Levi e le “nuove tecnologie”

La filosofia è scritta in questo grandissimo libro che continuamente ci sta aperto innanzi a gli occhi (io dico lo universo), ma non si può intendere se prima non s’impara a intender la lingua, a conoscer i caratteri ne’ quali è scritto. Egli è scritto in lingua matematica, e i caratteri son triangoli, cerchi, ed altre figure geometriche, senza i quali mezzi è impossibile a intenderne umanamente parola; senza questi è un aggirarsi vanamente per un oscuro laberinto (Il Saggiatore, Opere, vol. VI, p. 295 Galileo Galilei)

Erano i primi anni '60 quando Primo Levi scriveva i racconti pubblicati da Einaudi qualche anno dopo con i titoli *Storie naturali* e *Vizio di Forma*.

Se volete capire tutte le implicazioni e le conseguenze sulla nostra vita degli sviluppi attuali della intelligenza artificiale, il modo più piacevole, divertente e inquietante allo stesso tempo è leggere i racconti contenuti in queste raccolte.

Levi racconta storie, ancora improbabili per quei tempi, con le competenze del chimico uomo di scienza e del conoscitore dei recessi neanche troppo nascosti dell’animo umano.

C’è tutto in quei racconti, dalla realtà virtuale al meta-verso in *Trattamento di quiescenza*, alle stampanti 3D con possibilità di duplicare la materia vivente potendo disporre delle miscele giuste di aminoacidi e proteine, al *Versificatore* mirabile precursore delle attuali chat generative di testi.

Altri racconti come *La bella addormentata nel frigorifero* evocano possibilità di manipolare la vita con strumenti e tecnologie che allora potevano apparire remote mentre ora stanno sviluppandosi e crescendo accanto a noi.

Cito solo alcune delle numerose storie scritte da Levi – l’invito è a leggerle tutte – illuminanti sulle possibili conseguenze delle tecnologie computazionali, allora non conosciute con questo nome ma già ben ipotizzate come possibili sviluppi della scienza.

Da profondo conoscitore dell’animo umano Levi coglie e descrive in ogni storia le ragioni che possono indurre i protagonisti ad usi non previsti dagli inventori dei diversi marchingegni al centro dei racconti.

Non ha bisogno di troppe argomentazioni per mettere in guardia dalle conseguenze non previste di utilizzi impropri o malaccorti di invenzioni che sembrano pensate per rendere la vita pratica più semplice ed efficiente.

Argomenta e dipana le storie con occhio acuto e bonario, lasciando trasparire allo stesso tempo un certo compiacimento per gli sviluppi fantastici della tecnologia e il divertimento intellettuale che ne accompagna gli imprevisti.

La lettura di questi racconti mi ha indotto a scrivere di essi perché mi pare che offrano al dibattito attuale, intenso e polarizzato, un indirizzo brillante e utile per uscire dallo schema cristallizzato tra valutazioni e giudizi catastrofici sulla I.A. e argomentazioni entusiastiche prive di analisi critiche. Non stupisce certo che Sam Altman fondatore di Open A.I. vada affermando che l’intelligenza artificiale salverà il mondo perché meglio attrezzata e duttile della intelligenza umana, sconcertano però i numerosi esegeti della I.A. che si limitano a considerare i benefici, ancora da dimostrare, su un numero sempre più ampio di attività umane, trascurando il fatto che le relazioni sociali ed economiche tra umani non dovrebbero essere solo caratterizzate da rapidità, comodità, efficienza. Qui sta il punto infatti: i protagonisti dei racconti di Levi intraprendono iniziative sconcertanti dalle conseguenze catastrofiche spinti da una congerie di sentimenti e passioni come curiosità, avidità, incapacità di prevedere le conseguenze delle proprie azioni o quando anche previste, ignorate per mancanza di responsabilità.

Levi concede il beneficio della onestà intellettuale al costruttore americano di queste tecnologie, la compagnia Natca, i cui dirigenti, diversamente da quanto fanno gli attuali capi e padroni delle grandi compagnie che sviluppano e usano le tecnologie computazionali, sono consapevoli dei possibili utilizzi dannosi, stabiliscono limitazioni alla vendita e all'utilizzo fuori da circuiti controllati.

Levi sembra voler assolvere i ricercatori, i finanziatori, i produttori di queste tecnologie, attribuendo loro, in qualità di uomini di scienza e di potere, il senso di responsabilità verso l'uso improprio o eccessivo dei loro prodotti.

Le scempiaggini e le avventure imprevedibili sono terreno di pratica per l'uomo comune, questo è lo spazio del rischio, sembra voler dire Levi.

Forse negli anni '60 i capitalisti erano meno avidi, i finanziari meno spregiudicati, i ricercatori e gli scienziati meno dipendenti e asserviti alle logiche dello sviluppo capitalistico, forse l'idea che l'umanità potesse riscattarsi dagli orrori del secolo non ancora concluso, forse semplicemente il desiderio che la vita potesse procedere su binari meno tortuosi e duri, non lo so e non ho né autorità né competenza per congetturare sui pensieri di Levi.

Mi pare tuttavia che abbiamo poche ragioni per fidarci della onestà intellettuale, della sobrietà, della capacità di prevedere e farsi responsabili delle conseguenze delle proprie attività imprenditoriali, delle classi dirigenti che governano gli affari e la politica.

Scempiaggini e avventure imprevedibili sono terreno di pratica per l'uomo comune, che nei racconti di Levi sono delle singolarità ordinarie mentre nella vita di oggi sono delle pluralità dotate di strumenti di cui generalmente non vi è comprensione e questo rappresenta il punto critico di tutta l'argomentazione.

Ricorro all'aiuto del filosofo Daniel Dennett, il quale per definire il concetto di comprensione, distingue quattro livelli di competenze.

Al primo livello si trovano le *creature darwiniane*, con competenze progettate e prestabilite, create dai processi di ricerca e sviluppo dell'evoluzione per selezione naturale. Nascono "sapendo" tutto ciò che mai "sapranno". Sono dotate ma non imparano nulla.

Al secondo livello si trovano le *creature skinneriane*, che hanno l'inclinazione fondamentale a regolare il proprio comportamento in reazione al rinforzo che ricevono dalle loro azioni. È il *condizionamento operante* di Skinner.

Al grado successivo si trovano «le *creature popperiane* che estraggono informazioni dal mondo e le tengono

a portata di mano, in modo da poterle usare per sottoporre ipotetici comportamenti a prove preliminari, facendo sì che al posto loro muoiano le loro ipotesi, per citare Karl Popper».

All'ultimo livello si trovano le *creature gregoriane*, in onore dello psicologo Richard Gregory, ben fornite di strumenti per pensare, astratti e concreti.

La creatura darwiniana trae beneficio da progetti geniali che non ha bisogno di comprendere. Se deve affrontare delle varianti delle condizioni che è stata evolutivamente progettata ad affrontare, non impara nulla e si dibatte impotente.

La creatura skinneriana può scegliere da un repertorio di comportamenti progettati solo in parte dalla nascita; impara per tentativi ed errori muovendosi nel mondo ed è programmata per rispondere positivamente alle esperienze che producono rinforzi: «non ha bisogno di capire perché passa a preferire questi comportamenti».

«La creatura popperiana riflette prima di agire, saggia le azioni candidate mettendole a confronto con le informazioni sul mondo che ha accumulato in qualche modo nel suo cervello». Questo assomiglia alla comprensione ma la creatura popperiana non ha bisogno di comprendere come e perché effettua queste prove preliminari, in quanto l'abitudine a creare modelli previsionali del mondo è vantaggiosa, anche se non la si capisce.

Solo con la creatura gregoriana avviene «l'introduzione e l'uso deliberato di strumenti per pensare, l'esplorazione sistematica delle soluzioni possibili dei problemi, e i tentativi di un controllo di ordine superiore delle ricerche mentali. Soltanto noi esseri umani siamo creature gregoriane a quanto pare».

Rimane l'incertezza, questo è pensiero mio e non di Dennett, su quanti umani siano davvero creature gregoriane e quanti siano rimasti evolutivamente skinneriani o probabilmente popperiani, dunque soggetti vulnerabili alle suggestioni delle numerose opportunità che non richiedono comprensione per essere sfruttate ma solo competenze fornite da manuali o da esperienze per tentativi ed errori.

Riferimenti bibliografici

Levi P. (2022). *Tutti i racconti*. A cura di Marco Belpoliti. Torino: Einaudi.

Dennett D. (2018). *Dai batteri a Bach. Come evolve la mente*. Milano: Raffaello Cortina.

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.

Parole. Silenzio (di Martinček, agosto 2023)

Sono in galera.

Da 9 mesi riesco vedere solo uno scorcio di cielo.

Il cielo: un qualcosa di così ovvio da vedere svegliandosi la mattina per iniziare la giornata.

Come può essere che adesso ne posso vedere solo un piccolo pezzo?

Perché sono in galera e sto sopravvivendo... come?

Come mi viene.

Eppure, sebbene io non riesca a vedere nulla di infinito com'è l'orizzonte sul mare ed il cielo stellato a fine giornata, io parlo con diverse persone, ognuna delle quali mi racconta un pezzo del suo cielo.

Un pensiero.

Una persona.

E si forma una piccola comunità, nella quale ognuna di noi reagisce a proprio modo.

Io però sono io.

È da 2 giorni che vedo l'azzurro tra i quadratini della finestra della stanza.

È una cella.

Che io la chiamo stanza... le parole mi aiutano a gestire i miei momenti più bui ma anche quelli vivaci. In un periodo della giornata vorrei un po' in silenzio.

Il silenzio è ciò che zitto mai sta.

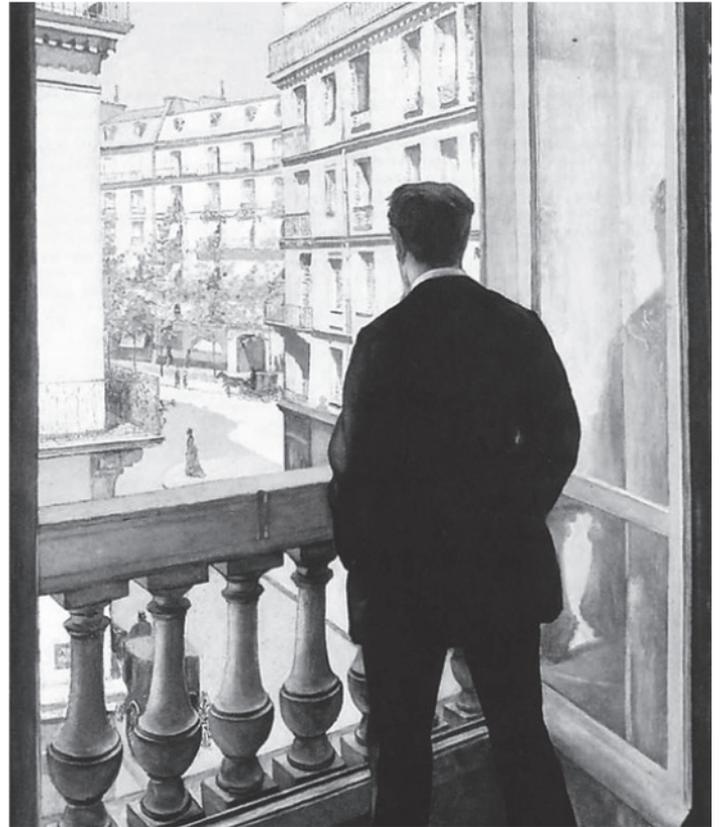
Io vorrei urlare, gridare, e continuare a pensare al mio futuro.

Dignità (di M. B., luglio 2023)

Si può ancora parlare di dignità in una realtà come questa?

Quando a volte, solo per lavarti, devi dipendere dalla generosità di una compagna che condivide con te ciò che ti necessita.

Dove per vestirti devi ricorrere al guardaroba del carcere (sperando di trovare qualcosa che possa andarti bene) o alla bontà delle tue compagne perché ti è reso impossibile anche comunicare con la famiglia.



Ti viene in mente la frase "se questo è un uomo" anche se il contesto è diverso.

Dignità di cercare di mantenere comunque un aspetto composto, di vestire quanto meno indossando vesti pulite e dignitose.

La dignità ha l'odore di un sapone, di una crema – che deve andarti bene per il viso, per il corpo, per le mani e di un deodorante per ricordarti che sei ancora nella civiltà.

La dignità sa di una doccia e mentre l'acqua ti scivola sulla pelle sembra voler portar via ciò che di male puoi aver fatto.

Che sapore ha il giorno? (di M. B., agosto 2023)

Anche qui ha il sapore di un caffè. Non sarà come il tuo, ma riesce comunque a rinfrescarti, a farti sentire un po' nella normalità. Se poi puoi godere di un biscotto da inzupparci dentro... anche meglio.

Il tempo qui scorre lento. E per fortuna i libri, da sempre amici fedeli, non tradiscono mai.

Testi tratti dal quaderno Cambiare dentro, costruire fuori, ottobre 2023, che raccoglie i testi scritti da donne detenute nella Casa Circondariale di Trieste nell'ambito del laboratorio di avvicinamento alla lettura e alla scrittura condotto da Elisabetta Lippolis e Fabiana Martini. Il progetto è stato promosso da ConF.Basaglia, finanziato dalla Regione Friuli Venezia Giulia.

Poetry Corner/Rubrica di poesia

Enzo Lamartora

Il viaggio in Normandia

Per noi che partivamo
lungamente sospinti a una prossima estate
dalla neve sulle giacche dal vento dal sale
per come era pesante la schiena
e incurvata dal passo in solitario
già il nome Normandia invitava al sorriso
stringeva di speranza la mano al finestrino

Appresi alla cornetta il tragitto del viaggio
dal Nord alla Baia affondando per vigne
come dire negli anni un ritorno di affanni
un ripetere a memoria una storia d'appendice
che in qualche scaffale
e insieme annotare quanta infanzia era invisita
quanto è inutile sorprendere ogni angolo
che s'abbia di case di pietre
tra fumi di stalle e vapori di falesie
se insieme ci si allena e ci si temprava al disamore

Ma era questo il sottinteso
completare il sussidiario con te che non parli
e che pure non ignori il vuoto spalancarsi
l'angoscia di fissare infantile in qualche foto
tutto il mondo inafferrato
che pure e ancora amiamo

Due possono viaggiare se possono incrociare
chi il cammino fa in ritorno,
i visi patriarcali silenziosi ma felici
magari aspettando che l'umido si levi
del dopo temporale

Guardavo al mattino l'orizzonte di Etrétat
strette cale d'inverno dove il freddo si scioglie
sui ricami all'uncinetto dei vetri d'albergo
sul profondo tuo dormire – pensavo
sia felice almeno questo –
e finalmente ero sereno
finalmente ero un gabbiano svernato
in quell'oceano

La donna della vita rincorsa
per le strade tra Caen e Rouen capelli biondi o neri
– è chiaro ha già sorriso è proprio qua vicino
e noi che la guardiamo ebbeti immaginando
soltanto per scherzare non certo per guastare
quel viaggio in Normandia di amaro e nostalgia
che in fondo ci piaceva
e che tutte le sere a tarda sera terminava
tra sbuffi di Gauloises e stecche di biliardo
su cosa s'è sbagliato e poi chisseneffrega
E il viaggio il miraggio tutt'era inconfessato
pareva uno spettacolo spianato
giallograno verdefoglia rossoterra
e infine quel mare dove un giorno arrivammo
l'insegna del Martini la piazza la spiaggia
e lei che m'attendeva
guardando l'immenso l'azzurro
del mare di Denneville

Mesi e mesi di amore scavato nella carne
ero forse un passante nel tuo giro di morte
fingevo ma ti amavo davvero ti amavo
quando all'angolo del bar tremando mi dicevi
je sais qu'on s'est passé quelque chose
qu'ici s'est partagé...
quando a un mare lontano
e forse non a caso ti ritrovavo
sulla mia strada

Capace amico di incoscienza
sii testimone di questa ricerca
sassi raccolti su scogliere di granito
fari notturni alghe di scarpe
reti da pesca e ostriche e vetrate di bar abbandonati
maree e ritirate di spiagge e di falesie
sii testimone di quanto ho annaspato
del lavoro operoso senza salario
cazzate e risate e imbuti improvvisi
di scale e di silenzi

Tu eri là
incarnata libertà che avevo sognato
e che il mare levigava

senza il coraggio di avvicinarti
ma nel cuore la certezza che giammai
avrei scordato quel mare di Denneville
dove l'ultima volta ti avevo amata
e lasciata nel tuo male
al mio ritorno

L'uomo che ha deciso di condannarsi
così riparte
con quel poco di dolore lasciato
a un'altra volta e quel poco di gioia
– vedrai le scriverò
né spezzerò questa corda di vene che ci unisce
e poi potrò tornarci se una volta è già stata

Così la Bretagna e la Bassa Normandia
invitavano al calore del ricordo
fissavano un estremo al ritorno da grandi
con mogli sicurezze e l'incerto retrogusto

di un vino mal scelto
Ciò che andava cercato era tutto
raccolto in un angolo di casa dal tetto spiovente
di travi e di abbaini
sotto un manto di coperte
nel sonno che sorprende
mentre si ride si parla e un po' si straparla
di donne e di avventure

E noi eravamo noi proprio i pellegrini
senza fiato a piedi nudi nelle sabbie di Genêts
traversanti la Baia che invece a un monte
sospeso guardavamo come all'ultimo traguardo
al vero da capire
un poco ingannandoci
tenendoci per mano

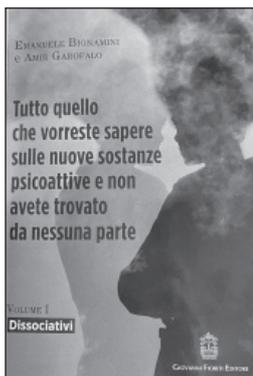
Etrétat, luglio 1997

"Il viaggio in Normandia", di Enzo Lamartora, tratta dalla raccolta *Nel corpo tuo rimorso*, Crocetti Editore, Milano, 2002.

Enzo Lamartora è un poeta e traduttore italiano. Nato a Napoli nel 1965, ha studiato teatro a Roma e collaborato con Roberto De Simone e Renato Carpentieri.

Dal 2002 al 2007 ha diretto la rivista di Arti, Culture e Riflessioni *Passages*, un quadrimestrale edito da Crocetti Editore, prima, e Passigli Editore, in seguito. Ha pubblicato una decina di volumi di poesie. Ha tradotto opere di G. Ritsos, D. Grandmont, P. Sollers, A. Adamov. I suoi libri sono tradotti in Spagna, Germania, Austria, Stati Uniti.

RECENSIONE



Emanuele Bignamini, Amir Garofalo

TUTTO QUELLO CHE VORRESTE SAPERE SULLE NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE E NON AVETE TROVATO DA NESSUNA PARTE. VOLUME I. DISSOCIATIVI

Collana: Polis
pp. 184
euro 20,00
Editore: Giovanni Fioriti Editore

- è ricco di note particolari storiche e di costume; si legge senza la pesantezza di un testo di farmacologia ma come un saggio di attualità.

Emanuele Bignamini, medico psichiatra, perfezionato in medicina psicosomatica, analista didatta, docente di psicopatologia e psicoterapia delle dipendenze, è stato responsabile dei Servizi per le dipendenze a Torino e ha avuto ruoli nei direttivi di SITD e Federserd. Si interessa in particolare di neuroscienze affettive e aspetti psicosocioculturali. Lavora attualmente come analista e formatore, e presso IEUD come psichiatra consultant e consulente scientifico.

Amir Garofalo, laureato in filosofia magistrale con tesi sulla psicologia russa degli anni '20 (con traduzione dall'originale di inediti di Vygotsky), cultore della lingua e della cultura russa e appassionato della storia e delle vicende umane anche attraverso lo studio della numismatica e dell'arte cinematografica. Ha sviluppato un profondo interesse per la filosofia della mente e per l'influenza delle sostanze psicoattive sulla psiche.

📄 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

Comunicazione Terapeutica e Assistenza socio-sanitaria. Esperienza di formazione in un Ser.D.

Allaman Allamani*, Gabriele Bardazzi**, Laura Berni***, Alberto Centurioni****

SUMMARY

■ *In the various contexts of social and health care, we continue to suffer from the lack of effective communication between health and social workers on the one hand, and patients/family members on the other.*

The “Therapeutic Communication” introduced more than thirty years ago by Vera Maillart enhances the relationship with the patient and his intra- and extra-family resources by offering social-health workers the use of adequate communication skills.

An example of such teaching is the course held at the Ser.D. of Borgo San Lorenzo in Florence in the years 2019-2022, thanks to which significant improvements have been introduced in the relationship between operators and in the assistance practices between operators and users. ■

Keywords: *Therapeutic communication, Vera Maillart, Ser.D., Training, Training evaluation.*

Parole chiave: *Comunicazione terapeutica, Vera Maillart, Ser.D., Formazione, Valutazione della Formazione.*

Articolo sottomesso: 20/07/2023, accettato: 01/12/2023

1. Quadro di riferimento

Oggi, in Italia, così come altrove nel modo occidentale, abbiamo una molteplicità di eventi problematici dal punto di vista sociale e sanitario: l'invecchiamento della popolazione, la cronicizzazione delle malattie, l'aumento dell'immigrazione, che si innestano su altri avvenimenti quali la pandemia da Covid-19, e le conflagrazioni in Ucraina e Medio Oriente, con il loro seguito di malesseri personali e collettivi, di danni economici e di morti.

E il crescere delle patologie psichiatriche e delle dipendenze da sostanze e comportamenti corrisponde a pieno titolo a tali mutamenti.

In queste condizioni resta salda l'aspettativa che la scienza medica sia in grado di procurarci una vita “senza rischi” e capace di curarci efficacemente dalle malattie.

Alla tecnologia medica sono anche affidate le soluzioni per generare nuove vite laddove la procreazione è insufficiente, o per porre termine alla vita, quando questa risulta troppo sofferta.

Osservando le strutture ospedaliere, siamo colpiti dall'efficienza nell'uso di macchinari sofisticati e costosi, e nell'attuazione dei

protocolli diagnostici e terapeutici, con le azioni di assistenza che sono gestite dall'economia sanitaria.

La conseguenza è piuttosto il ritorno dell'assistenza centrata sull'esecuzione di compiti, piuttosto che l'assistenza personalizzata auspicata dai movimenti di umanizzazione della sanità.

Problemi di relazione vengono sperimentati dai pazienti sia negli ambulatori ospedalieri o specialistici del territorio, dove il personale sanitario cambia spesso ad ogni visita, sia anche negli ambulatori dei medici di famiglia, dove si vive la ristrettezza dei tempi e l'aumento della burocrazia. Ne derivano non di rado disagi sia per i pazienti sia per gli operatori. In particolare, il paziente è accudito e assorbito in un programma biomedico per lui/lei previsto, mentre i bisogni soggettivi – correlati ad aspettative, paure, necessità di mantenere i legami familiari e amicali – tendono ad essere sottovalutati e generalmente non soddisfatti, se non da iniziative spontanee di singoli operatori che sviluppano empatia, ascolto attivo, e incoraggiamento (cfr. Bellucci *et al.*, 2009).

All'interno dei Ser.D. si trovano poi problemi, che hanno prevalentemente a che fare con la progressiva riduzione del ricambio del personale e il conseguente invecchiamento degli operatori.

Questo può tendere a rendere più routinarie e meno personalizzate le pratiche terapeutiche.

Anche per questo si renderebbe necessaria una formazione altologica per medici, e psicologi, nonché per infermieri, educatori, assistenti sociali (cfr. Ditadi *et al.*, 2000; Centurioni & Fusi, 2000; Bellicoso, 2000).

Nella realtà italiana (nonché in vari paesi europei) l'insegnamento dell'Alcologia risulta tuttora parcellizzato e disomogeneo.

* Consulente Agenzia Regionale di Sanità Toscana.

** Direttore UFS Ser.D. Mugello, USL Toscana Centro.

*** Educatrice prof., UFS Ser.D. Mugello, USL Toscana Centro.

**** Psicologo, già docente di Comunicazione Terapeutica all'Università di Firenze.

neo, quasi inesistente nella formazione universitaria e poco rappresentato nelle scuole di specialità mediche e non mediche, essendo peraltro attivi alcuni Master in Alcologia (Libro Bianco, 2022, p. 214).

L'alcologia è stata tuttavia inserita tra le attività formative previste per i Medici di Medicina Generale, attuate, ad esempio, all'interno di alcuni progetti alcolologici di comunità realizzati nel territorio fiorentino (Calviani *et al.*, 1995; Allamani *et al.*, 1993, 1998, 2000, 2002; Scafato *et al.*, 2006); così come attraverso un Master promosso nel 2003 dalla Regione Veneto con la SIMG, denominato "Conoscere per Cambiare" (Libro Bianco, 2022, p. 220).

Assai importante è stata la decisione della FeDerSerD di realizzare un pacchetto formativo sulle Dipendenze per professionisti attivi nei Ser.D., per una nuova sanità territoriale, a seguito di esperienze di aggiornamento condotte negli ultimi anni con operatori di varie parti d'Italia (Cozzolino e Lucchini, 2023).

Tuttavia, i corsi proposti, in particolare per i medici, si orientano specialmente sui temi di screening, prevenzione, intervento breve, accertamenti e diagnosi, trattamento ed invio per le complicazioni psichiatriche, mediche, chirurgiche alcol correlate (cfr. Ayu *et al.*, 2015), sottovalutando gli aspetti relativi alla comunicazione e alla motivazione al cambiamento (Spiller & Guelfi, 2000; Rollnick & Miller, 2014).

Al contrario, riteniamo che questa dimensione dell'assistenza richieda maggiore attenzione e sforzo formativo.

Per andare incontro ai bisogni psicologici, sociali, ambientali, altrettanto importanti di quelli biomedici, è necessario focalizzarsi sulla *comunicazione*.

In questa direzione, il crescente rivolgersi delle persone col loro malessere alle cure complementari, che tipicamente dedicano tempo e attenzione ai sintomi e alla vita dei soggetti che vi afferiscono, appaiono un termometro di come tali bisogni chiedano attenzione.

È dunque irrinunciabile promuovere un cambiamento che ponga il soggetto nella sua interezza come centrale nell'assistenza – in certo modo e in tempi diversi corrispondendo al cambiamento che, con la riforma basagliana del 1978, fu indirizzata a restituire dignità alla persona affetta da disturbi mentali.

Ne consegue un'organizzazione sanitaria ed educativa che lavori per progetti e per obiettivi, imponendo un mutamento delle abitudini dei professionisti e il passaggio da un contesto ripetitivo e prevedibile, tipico del lavoro per compiti, ad uno personalizzato, attento ai bisogni mutevoli degli assistiti.

Ciò richiede una formazione continua ed implica che i partecipanti a un corso formativo mettano in discussione le loro certezze e assumano la responsabilità delle modifiche introdotte dall'apprendimento/insegnamento.

Da questa concezione deriva inoltre una comunicazione che non è solo duale, tra paziente e operatore, ma anche sistemica, riguardando da un lato il soggetto paziente e le sue relazioni familiari e amicali, dall'altro il professionista e le risorse di cui può giovare per l'assistenza adeguata al paziente, con le quali può collaborare.

2. La Formazione alla Comunicazione

Della *comunicazione* è imprescindibile approfondire la pratica e lo studio, per rendere *terapeutica* (C.T.) o *efficace* sia la relazione tra curanti e pazienti, sia l'ambiente in cui realizza, e per promuovere nel professionista la propria capacità riflessiva e l'accorgersi dei propri comportamenti, attraverso il confronto

tra pari e la discussione dei casi quali strumenti di apprendimento (Zuppiroli, 2014; Mion, 2020; Spinsanti, 2022). "*Comunicare*" è un'azione umana fondamentale che implica una relazione con l'altro.

L'altro da noi si presenta e comunica col suo corpo, la sua razionalità e i suoi sentimenti, fatti di speranze e di paure, di fronte a cui a nostra volta noi comunichiamo coi nostri corpo, mente, sentimenti, attraverso le modalità acquisite dalla cultura di appartenenza e dall'esperienza personale (Borgna, 2015).

Di solito non sono prese in considerazione le relazioni che il trattamento implica in un sistema, quale un reparto ospedaliero o una struttura socio-sanitaria territoriale; peraltro vi sono alcuni utili esempi di formazione con approccio sistemico quali i corsi realizzati nella Clinica alcolologica di Senigallia (Clinica Villa Silvia, 2009), nel territorio dell'area di Chiavari (Cinotti, 2006) e nel Centro alcolologico della ASL fiorentina (Allamani, 1993).

La formazione attuata entro un gruppo di lavoro è in grado di provocare positive amplificazioni a livello delle interazioni tra i suoi membri non solo durante un corso, ma anche nel periodo successivo ad esso (Palazzoli Selvini e coll., 1981).

Una delle tecniche più collaudate per la formazione del medico e del personale sociosanitario alla relazione col paziente è quella dei gruppi fondati da Michael Balint, psicoanalista di origine ungherese che ha lavorato a Londra con i medici di famiglia ed ha pubblicato negli anni Sessanta del secolo scorso un libro molto noto, *Medico, paziente e malattia* (Balint, 1990).

Tale metodo, centrato sulla discussione delle esperienze soggettive problematiche che i medici sperimentano nei confronti dei propri casi clinici, attraverso un processo di condivisione delle emozioni, si è poi dimostrato utile anche per i professionisti di altre discipline, quali psicologi e operatori delle professioni di aiuto (Martellucci e Rosselli, 2013).

I gruppi Balint hanno come scopo la formazione alla relazione con il paziente, e la promozione del benessere lavorativo e sono costituiti da un gruppo di 6-12 persone – guidato da un conduttore con competenze psicologiche, con incontri a periodicità prefissata che perdurano nel tempo.

A partire dagli anni 2000 si è assistito ad una rinascita sia in Toscana sia in Italia di percorsi formativi centrati sui gruppi Balint, che hanno coinvolto molti professionisti – persistendo un disinteresse per il metodo da parte delle istituzioni accademiche.

Meno nota è la metodologia proposta da Vera Maillart sulla *Comunicazione Terapeutica* o *efficace* che mette in sintesi la informazione accademica, la discussione dei casi e la loro simulazione da parte del gruppo dei partecipanti alla formazione in uno spazio didattico agito, videoregistrato e proposto successivamente a una valutazione congiunta da parte dei partecipanti stessi e dei docenti.

In tal modo le abilità comunicative vengono messe alla prova, e sottoposte a una revisione da parte dei simulanti, che ne traggono profitto per la loro attuazione nella propria realtà lavorativa.

Si tratta dunque di un metodo attivo che coinvolge i partecipanti sia con loro mente, sia con il corpo sia con la parola espressa durante la simulazione.

L'approccio maillartiano si basa sulle concezioni espresse da Carl Rogers (Rogers, 2000) e sugli studi delle microabilità comunicative di Allen Ivey (Ivey e coll., 2018), nonché su ricerche sulla comunicazione compiuti in ospedali fiorentini (Allamani e coll., 1981).

Esso ha come scopo primario di *concentrarsi sui problemi che i professionisti avvertono essere loro presentati dai propri pa-*

zienti, e di aiutare gli operatori a migliorare le proprie risposte ai problemi, accrescendo le loro capacità terapeutiche e la loro soddisfazione sul lavoro.

Tale metodologia sollecita una pianificazione assistenziale con obiettivi da verificare e propone di conseguenza dei cambiamenti nell'atteggiamento dei professionisti, che si modifichi dall'attuazione pre-organizzata e ripetitiva di compiti e protocolli, a una relazione attenta ai mutevoli bisogni degli assistiti, con *responsabilità condivisa fra professionisti e assistiti*.

Una tale concezione psico-pedagogica è stata sviluppata da Vera Maillart negli anni '80 (Marchi, 1991), attraverso un progetto della Regione Toscana realizzato con la collaborazione di medici, infermieri, educatori, assistenti sanitari e sociali e psicologi fiorentini, e realizzata attraverso la costruzione di un corso pubblicato per i tipi della Regione Toscana in tre volumi e 3 cassette audiovisive (Maillart, 1992).

Esso si basa su lezioni teoriche, studio di video di situazioni assistenziali, discussioni di gruppo.

I principi della formazione in C.T. sono:

- L'individuo è soggetto di bisogni e parte del sistema famiglia-cultura-società.
- Sia l'assistenza e sia la prevenzione sanitarie sono da concepire in un'ottica e una pratica di collaborazione multidisciplinare, che coinvolge i professionisti dei vari settori dell'area sociosanitaria e che si rivolge all'individuo, alla famiglia e alla comunità di riferimento.
- Gli interventi sono efficaci ed efficienti se tengono conto della loro continuità attraverso le comunità di riferimento e della collaborazione con le strutture di trattamento e di riabilitazione coinvolte.
- Un programma di formazione alla comunicazione è efficace solo se si traduce in azioni effettive a livello della prassi dell'assistenza.
- Paziente e famiglia devono essere in grado di poter percepire i professionisti come non giudicanti, ancorché competenti
- Paziente e famiglia devono sentirsi liberi di prendere decisioni terapeutiche, una volta ben informati delle alternative.

L'obiettivo della C.T. è di *riconoscere i bisogni individuali del cliente all'interno dell'interazione paziente/professionista, e di contribuire a renderla terapeutica o efficace* attraverso un percorso di motivazione al cambiamento.

A tal fine è necessario il miglioramento delle capacità di comunicazione dei professionisti, oltre che riconoscere l'importanza della relazione con i colleghi.

Alcuni indicatori per l'osservazione delle capacità di comunicazione sono, ad esempio, la condotta non verbale, e il comportamento dell'ascolto e della riformulazione.

Questo processo di apprendimento può sviluppare un atteggiamento di auto-osservazione nel proprio rapporto sia con gli assistiti sia coi colleghi.

Sebbene la C.T. non sia una psicoterapia, i suoi principi sono basati sul comprendere che c'è sempre una componente emotiva nella relazione tra medico e paziente, e che tale relazione coinvolge ambedue gli attori, è cioè circolare.

Un corso sulla C.T. prevede otto abilità di comunicazione, che possono essere insegnate ed apprese in un contesto di confronto tra pari e possibilmente multidisciplinare con i professionisti di assistenza socio-sanitaria.

I gruppi sono in genere costituiti da un massimo di 15 persone, con uno o due conduttori e un animatore.

Il programma del Corso è stato adottato con alcune variazioni da un gruppo multiprofessionale di docenti che l'ha attuato in vari contesti di insegnamento/apprendimento, inclusi insegna-

menti in corsi di laurea per dietiste, tecnici di laboratorio, di radiologia e fisioterapia, e per assistenti sanitari (Allamani e coll., 2009, 2013; Centurioni, 1989-1996 e 2002-2009; Basetti Sani, 2007-2008).

Nella Tabella 1 ne è esposto un programma tipo.

Tab. 1 - Programma tipo di un Corso di Comunicazione Terapeutica

Finalità del Corso

- Promuovere la comunicazione intesa come relazione efficace con l'altro inteso come persona portatrice di bisogni
- Obiettivi a medio termine
- Praticare le abilità di comunicazione terapeutica con gli assistiti e loro famiglie, con i colleghi e con le risorse che sono dedicate all'aiuto degli assistiti

Obiettivi a breve termine

- Definire e praticare all'interno del corso le abilità di comunicazione terapeutica e di motivazione al cambiamento
- Utilizzare la comunicazione sistemica nella relazione con gli utenti-famiglia e con le risorse della comunità

Contenuti

- La relazione tra paziente, famiglia e professionista: un'ottica sistemica
- Le abilità di comunicazione terapeutica:
- Prestare attenzione e incoraggiare
- Riformulazione e rispondenza emotiva
- Riassumere e rassicurare
- Aprirsi e confronto
- Motivazione al cambiamento
- Dipendenza famiglia e contesto
- La cura multiprofessionale
- Co-terapia con le risorse degli altri settori professionali e con i gruppi di auto-aiuto nella comunità

Metodo

- Lezioni teoriche
- Simulazioni riprese da una telecamera di situazioni lavorative in cui applicare i contenuti appresi
- Video e commento secondo griglie specifiche delle situazioni simulate, evidenziando l'efficacia dei contenuti appresi
- Discussioni di gruppo

Materiali

- videoregistratore con schermo/monitor
- telecamera
- schede cartacee
- fotocopie
- griglie per l'osservazione delle abilità di comunicazione

Valutazione

- Pre-test sui contenuti
- Post-test
- Gradimento sull'organizzazione della giornata da parte dei partecipanti con un questionario con domande aperte

Tempi

12 mezza giornate

Partecipanti

Medici, psicologi, assistenti sociali e sociali, infermieri professionisti, educatori, professionisti delle professioni d'aiuto

3. L'origine del Corso di aggiornamento sulla Comunicazione al Ser.D. di Borgo San Lorenzo, Firenze

L'esigenza di effettuare un corso sulla C.T. in un servizio delle Dipendenze nasce dell'esigenza di mettere il paziente/utente

al centro del trattamento dando dignità alle sue aspettative e cercando di cogliere aspetti degli operatori da modificare o migliorare al fine di facilitare la comunicazione.

Nel trattamento delle dipendenze spesso viene privilegiato il versante farmacologico tralasciando l'aspetto empatico e di comunicazione.

Questo si traduce in una comunicazione non propriamente efficace che porta ad una riduzione della performance terapeutica.

L'attenzione che l'operatore dovrebbe avere non solo per quello che dice ma, soprattutto, per come lo dice (il cosiddetto non verbale) riveste un ruolo fondamentale nell'instaurare un rapporto di reciproca fiducia che si traduce in una migliore aspettativa dei risultati del trattamento.

Non è semplice, per gli operatori, mettere in discussione alcuni aspetti della loro professione così come li hanno esercitati per anni, ma osservando i risultati positivi nella relazione con il paziente, conseguente al proprio cambiamento riguardo gli aspetti comunicativi, si ha un rinforzo positivo che sostiene il processo di cambiamento.

Partendo da questi assunti ne è derivata la pianificazione di un corso che potesse dare agli operatori del Ser.D. Mugello degli strumenti ulteriori, oltre a quelli che già possedevano, che risultassero utili nella pratica clinica.

La decisione di non privilegiare alcune figure professionali nel corso ma di estenderlo a tutti gli operatori nasce dall'idea che la comunicazione terapeutica è utile in ogni fase del trattamento.

Infatti, un miglioramento della comunicazione può essere attuato non soltanto durante i colloqui individuali, eventualmente includendo anche i familiari, ma anche durante l'esecuzione di un esame diagnostico sia questo il rilascio dei campioni tossicologici urinari o un prelievo del sangue, e nel rapportarsi dei vari operatori al momento della discussione dei casi.

Questa circolarità di intervento diventa vincente se tutti gli operatori, nelle loro specifiche azioni, la mettono in pratica contemporaneamente ed in modo coordinato.

Il corso è stato pianificato mediante un accordo tra il dirigente del servizio, che ha partecipato a tutti gli incontri formativi, e due docenti specialisti della Comunicazione Terapeutica, i quali unitamente alla educatrice del Ser.D., che ha avuto funzione di animatrice del Corso, sono gli autori di questo articolo.

In questo senso, è stata un'occasione per attivare la possibilità di una formazione multiprofessionale all'interno di un sistema sanitario.

4. Sviluppo del Corso

Il Corso ha preso le mosse presso il Ser.D. di Borgo San Lorenzo, nell'area metropolitana fiorentina, con due incontri nel novembre e dicembre 2019 e un programma da realizzare entro il 2021. Lo scoppio della pandemia ha interrotto il programma, che è stato ripreso nel novembre 2020 e poi in altre tre giornate nell'ottobre, novembre e dicembre 2021; infine sono state aggiunte due giornate nel novembre e dicembre 2022.

In totale il corso ha avuto otto incontri, che data la pianificazione più volte interrotta ha richiesto flessibilità sia nei docenti sia nei discenti.

Ciò ha reso più difficile lo svolgimento organico del programma. Tuttavia, ha permesso di effettuare momenti di insegnamento/apprendimento più prossimi ai bisogni degli operatori e dei pazienti.

Durante tale corso i partecipanti non sono stati sempre gli stessi per la ragioni soprariportate (interruzione e modificazione delle date del corso).

Il nucleo centrale è stato costituito da operatori del Ser.D. di Borgo San Lorenzo che comunque, vista la durata del corso e le difficoltà dovute alla pandemia nel tempo si sono modificati. Hanno partecipato 17 operatori del Ser.D. del Mugello (6 infermieri, 3 medici, 2 educatori, 2 psicologhe, 3 assistenti sociali ed un operatore tecnico) e saltuariamente altri professionisti di altri servizi (infermieri, medici, educatori e operatrici sociosanitarie) della Salute Mentale del Mugello e di un altro Ser.D. della USL Toscana Centro. In totale i partecipanti sono stati così 22.

5. Valutazione

Un'indagine conoscitiva iniziale dei bisogni di formazione del Ser.D. prima dell'inizio del Corso, ha avuto la risposta di 12 operatori che hanno compilato il questionario per la pianificazione degli incontri sulla Comunicazione:

- 7 avvertivano la difficoltà di comunicare con i colleghi (aspetto burocratico, difficoltà nelle riunioni);
- 2 riconoscevano di avere difficoltà a rapportarsi ai pazienti, specie se agitati.

Valutazione da parte dei partecipanti

Al termine di ogni incontro è stato distribuito ai partecipanti un questionario di gradimento aperto, a cui potevano essere date più risposte per ognuna delle tre domande: 1. *Cosa mi è piaciuto?* 2. *Cosa non mi è piaciuto?* 3. *Cosa proporrei in alternativa?* Complessivamente durante gli 8 incontri, le risposte sono state le seguenti:

1. *Mi è piaciuto:* metodo, contenuto, simulazioni di casi (dal 65 al 100% dei partecipanti secondo le giornate).
2. *Non mi è piaciuto:* metodo, tempi ridotti, simulazioni davanti ai colleghi (dal 15 al 33%).
3. *Proporrei in alternativa:* approfondire il lavoro sulla comunicazione, migliorare l'organizzazione lavorativa (da 40% al 70%).

Valutazione di efficacia del Corso

- a) rispetto alla *finalità* formativa dei corsisti: la comunicazione è stata promotrice di un cambiamento di atteggiamento, e di crescita personale e professionale;
- b) rispetto agli *obiettivi* relativi all'acquisizione delle abilità della C.T., i corsisti ne hanno fatto pratica durante gli incontri, concentrando l'attenzione sui bisogni e problemi dei pazienti. Si è anche individuata dalle risposte al questionario di gradimento la richiesta per poter continuare l'approfondimento delle tematiche comunicative;
- c) la *ricaduta* o effetti pratici conseguenti al corso sono stati:
 1. attuazione in compresenza di riunioni giornaliere di tutti gli operatori, con miglior comunicazione intra e interprofessionale;
 2. accrescimento della collaborazione con le risorse assistenziali del territorio, in particolare i gruppi di auto-aiuto;
 3. in ambulatorio, avvicinamento dello spazio interpersonale tra utente e infermiere;
 4. progetto di miglioramento della relazione tra soggetto con tossicodipendenza e sanitari con eliminazione di controlli urinari;
- d) a distanza di 10 mesi (ottobre 2023), risultano mantenute le ricadute 1, 2, 3; il progetto di cui a 4 è ancora in discussione.

6. Lezioni apprese e raccomandazioni per altri Corsi sulla Comunicazione

- Indispensabilità del coinvolgimento del responsabile del Servizio i cui si svolge l'aggiornamento ai fini di un opportuno svolgimento del Corso (il che si è verificato nel corso qui presentato).
- Importanza della adeguata progettazione del corso con attenzione ai bisogni formativi espressi dai partecipanti e accolti dai committenti – in particolare attraverso i dati emersi dall'indagine conoscitiva iniziale dei bisogni formativi.
- Valutazione dell'applicazione degli apprendimenti del Corso nella pratica lavorativa e organizzativa.
- Utilità delle simulazioni didattiche dei casi clinici.
- Importanza della verifica a distanza per valutare la persistenza dell'apprendimento sulla comunicazione tra operatore/paziente/famiglia.

Riferimenti bibliografici

- Allamani A. (2013). La comunicazione terapeutica. In: *I gruppi Balint. Paziente, professionista, malattia*. Pisa: ETS, pp. 184-198.
- Allamani A., Antonini A., Centurioni A. (1993). La formazione degli operatori per i progetti di intervento nei problemi alcol-correlati. In: F. Carrieri, O. Albano, V. Marzi (a cura di). *L'alcolologia verso il 2000*. CIC edizioni internazionali.
- Allamani A., Bardazzi G., Bozza G., Centurioni A., Cipriani F., Innocenti S., Pattarino E., Ucci M. (1998). Alcol: aggiornamento in un distretto di Firenze. *SIMG*, 4: 18-21.
- Allamani A., Bardazzi G., Centurioni A., Ammanati P. (2002). Modulo degli operatori sociosanitari: aggiornamento dei medici di famiglia e degli altri professionisti socio-sanitari (1994-1997). In: Allamani A., Basetti Sani I. (a cura di), *L'esperienza di un progetto di prevenzione alcolologica di comunità nel quartiere di Rifredi a Firenze*. Firenze: CeDeas, Azienda Sanitaria Fiorentina, pp. 110-118.
- Allamani A., Centurioni A. (2000). Training of General Practitioners and other Primary Health Care professionals as part of a Community Project in a district of Florence, Italy. *Alcolologia*, XII(1): 31-36.
- Allamani A., Pili I., Cesario S., Centurioni A., Fusi G. (2009). Client/General Medical Practitioner Interaction During Brief Intervention for Hazardous Drinkers: A Pilot Study. *Substance Use & Misuse*, 44: 775-793.
- Allamani A., Spallone G., Cini R., Zenoni M.L., Menicacci R. (1981). Osservazioni preliminari di un'indagine sulle interazioni in ospedale civile. In: Onnis L., Angiolari C., Cancrini M.G., Lupoi S. (a cura di), *Approccio relazionale e servizi socio-sanitari*. Roma: Bulzoni, pp. 293-300.
- Ayu A.P., Schellekens A.F.A., Pinxten L., De Jong C.A.J. (2015). Effectiveness and Organization of Addiction Medicine Training Across the Globe. *EurAddict Res*, 21: 223-239.
- Balint M. (1990). *Medico, paziente e malattia*. Tr. it. Milano: Feltrinelli.
- Basetti Sani I., Allamani A. *Corso integrato E1 "Metodologia educativa e didattica della promozione della salute - Insegnamento del III anno - Corso di Laurea per Assistenti Sanitari - Istituto di Igiene, Dip. Sanità Pubblica, Università di Firenze 2007-2008* (non pubblicato).
- Bellicoso A. (2000). Gli interventi sociali in un servizio di Alcolologia territoriale. In: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Morettini A. (a cura di), *Il Libro Italiano di Alcolologia*, vol. 1, Firenze: SEE, pp. 397-405.
- Bellucci G., Minutella N., Papini D.E. (2009). L'ascolto organizzativo. *La comunicazione nelle Aziende sanitarie, Salute e Territorio*, XXX, novembre-dicembre.
- Borgna E. (2015). *Parlarsi. La comunicazione perduta*. Torino: Einaudi.
- Calviani L., Allamani A., Bozza G.F., Innocenti S., Pattarino E. (1995). Un corso alcolologico per i medici generali di un Distretto socio-sanitario. *Alcolologia Sez. Italiana*, Suppl., 7(2): 39.
- Centurioni A. Corso di laurea per tecnici di laboratorio, di radiologia e fisioterapia. Scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva. Università di Firenze 1989-1996 (non pubblicato).
- Centurioni A. Corso di laurea in Dietistica, Università di Firenze 2002-2009 (non pubblicato).
- Centurioni A., Fusi G. (2000). I gruppi educativi. In: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Morettini A. (a cura di), *Il Libro Italiano di Alcolologia*, vol. 1. Firenze: SEE, pp. 407-413.
- Cinotti N. (a cura di, in collaborazione con Allamani A. e Martini E.R.). *Progetto: Immaginare il futuro: dalle proposte emerse alle scelte condivise*. Chiavari 10-12 febbraio 2006 (non pubblicato).
- Clinica di Villa Silvia, Senigallia: Corso di Aggiornamento *Dipendenze per il personale di Villa Silvia, Senigallia, 2008-2009* (non pubblicato).
- Cozzolino E., Lucchini A. (2023). *Dipendenze: il valore della formazione per una nuova sanità territoriale*. Milano: FrancoAngeli.
- Didadi A., Ciapanna E., Tavella G., Cibir M. (2000). L'assistenza infermieristica. In: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Morettini A. (a cura di), *Il Libro Italiano di Alcolologia*, vol. 1. Firenze: SEE, pp. 389-396.
- Ivey A.E., Ivey Bradford M., Zalaquett C.P. (2018). *Il colloquio intenzionale e il counseling*. Tr. it. Roma: LAS.
- Libro Bianco (2022). *Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana*. A cura del Ministero della Salute www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3274.
- Maillart V., in collaborazione con Allamani A., Marchi M.R., Milo D. (1992). *La Comunicazione terapeutica per le professioni di salute. Guida per gli Insegnanti*. Firenze: Editori della Giunta Regionale Toscana.
- Maillart V., in collaborazione con Allamani A., Marchi M.R., Milo D. (1992). *La Comunicazione terapeutica per le professioni di salute. Manuale per i partecipanti*. Firenze: Editori della Giunta Regionale Toscana.
- Maillart V., in collaborazione con Allamani A., Marchi M.R., Milo D. (1992). *Manuale per l'uso del test audiovisivo*. Firenze: Editori della Giunta Regionale Toscana.
- Maillart V., in collaborazione con Allamani A., Marchi M.R., Milo D. (1992). *Cassette audiovisive (n. 3)*. Firenze: Editori della Giunta Regionale Toscana.
- Marchi M.R. e Referenti del Gruppo "Progetto Vera" (1991). Formazione e Formatori: ricordo di Vera Maillart. *Toscana Medica*, gennaio, IX(1): 25-27.
- Martellucci P., Rosselli M. (2013). I Gruppi Balint in Italia. In: Allamani A., Sarti M. (a cura di), *I gruppi Balint. Paziente, professionista, malattia*. Pisa: ETS, pp. 11-24.
- Mion C. (2020). *Riflessività* -- www.edscuola.it/archivio/ped/riflessivita.htm.
- Palazzoli Selvini M., Anolli L., Di Blasio P., Giossi L., Ricci C., Sacchi M., Ugazio V. (1981). *Sul fronte dell'organizzazione. Strategie e tattiche*. Milano: Feltrinelli.
- Rogers C.R. (2000). Tr. it. *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Psycho.
- Rollnik S., Miller W.R. (2104). *Il colloquio motivazionale*. Tr. it. Trento: Erickson.
- Scafato E., Allamani A., Patussi V., Codenotti T., Marcomini F., Struzzo P.L. and the Italian WHO Phase IV EIBI Working Group Phepa (2006) Italy. In: Heather N. (ed.), *WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-related problems in Primary Health Care. Report on Phase IV. Development of Country-Wide Strategies for Implementing Early Identification and Brief Intervention in Primary Health Care*. Department of Mental Health and Substance Abuse, Management of Substance Abuse. Geneva.
- Spiller V., Guelfi G.P. (2000). L'approccio motivazionale: uno stile di lavoro per aumentare le disponibilità al cambiamento. In: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Morettini A. (a cura di), *Il Libro Italiano di Alcolologia*, vol. 1. Firenze: SEE, pp. 379-388.
- Spinsanti S. (2022). *Una diversa fiducia. Per un nuovo rapporto nelle relazioni di cura*. Roma: il Pensiero Scientifico.
- Zuppiroli A. (2014). *Le trame della cura*. Firenze: Bulgarini editore.

📄 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

Disturbo da Gioco d’Azzardo: uno sguardo sui “nuovi” utenti

Sara Rolando*, Sonia Ammesso**, Elvira Arcidiacono**, Maddalena Calcagno**, Gaia Cuomo*, Stefano Golasmici**, Monica Pimpini**, Annalisa Pistuddi**, Patrizia Sofia**, Federico Durbano**

SUMMARY

■ *By giving a voice to clients of the ASST Melegnano and Martesana services in treatment for gambling disorders, this qualitative study was conducted to investigate experiences and opinions of two specific targets – women and online gamblers – who, although representing a minority, are expected to grow in numbers. In fact, both women’s and online gambling have specific characteristics, resulting from the intersection of socio-cultural factors, gaming environments and technical infrastructures. The contribution therefore offers a synthesis of the theoretical knowledge on the two topics, in the light of which the results of a focus group and some individual interviews are presented and discussed, highlighting the main aspects useful for constructing interventions capable to provide tailored answers to the two targets’ specific needs.* ■

Keywords: *Problem gambling, Women, Online gambling, Gambling careers, Self-regulation.*

Parole chiave: *DGA, Donne, Azzardo online, Carriere di gioco, Autoregolazione.*

Articolo sottomesso: 26/09/2023, accettato: 12/11/2023

Premessa e obiettivi dello studio

Questo studio, finanziato con fondi regionali e ministeriali e realizzato mediante convenzione con ATS Milano – “Piano di contrasto al Gioco d’Azzardo patologico IV Annualità – Obiettivo generale 3: ASST Melegnano e della Martesana”, va a completare un’indagine che ha analizzato le caratteristiche socio-anagrafiche e il trend dell’utenza in carico ai Servizi dell’ASST Melegnano e della Martesana per disturbo da gioco d’azzardo dal 2012 al 2019 al fine di raccogliere elementi utili alla pianificazione e individuare eventuali ulteriori bisogni conoscitivi (Bergamo, 2022).

Un primo fenomeno emerso dallo studio è la maggiore incidenza di problemi di salute mentale tra le utenti donne: il 21% di queste, contro l’8% degli uomini, era arrivato al servizio su invio del Centro Psico Sociale e il 43%, contro il 22,5%, faceva uso di psicofarmaci.

Altre peculiarità di genere evidenziate sono un’età media più avanzata (55 anni al momento dell’ingresso contro 46) e una “carriera di gioco” più breve prima dell’accesso: tra 1 e 5 anni dopo l’insorgenza del disturbo per la maggioranza relativa delle donne (44%), oltre 11 anni dopo l’insorgenza del disturbo per la maggioranza relativa gli uomini (50,6%) (Bergamo, 2022).

Un altro profilo su cui la prima indagine aveva posto l’attenzione era quello dei giocatori d’azzardo che dichiarano come gioco

primario all’ingresso quello online: un target ancora decisamente minoritario (5%) ma in crescita in tutte le fasce di età, anche se principalmente presente tra i 40-44enni e proporzionalmente più frequente tra i 18-24enni.

Questo dato, tenuto conto della forte crescita del gioco online durante la pandemia (ADM, 2021), ha posto dunque gli operatori del servizio di fronte alla necessità di approfondire un fenomeno che è destinato a crescere e su cui in Italia gli studi sono ancora scarsi.

Lo studio qui riassunto, affidato all’impresa sociale Eclectica+, si è posto dunque l’obiettivo di comprendere meglio le caratteristiche di due sotto-target specifici tra gli utenti in trattamento per Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA) – le donne e i giocatori online – al fine di aumentare la capacità dei servizi coinvolti di intercettare l’utenza potenziale e offrire risposte adeguate a eventuali bisogni specifici.

Il presente articolo rappresenta una sintesi e un adattamento del report di ricerca a cura di Rolando e Cuomo (2023).

Riferimenti teorici

Il gioco al femminile

Il gioco d’azzardo è da sempre considerato un’attività prettamente maschile, al punto che, in letteratura, la centralità della prospettiva maschile rispetto a questo tema è stata definita come un *gender bias* (Berry et al., 2002).

* Eclectica+ impresa sociale ricerca e formazione (TO).

** Dipartimento Salute mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e Martesana (MI).

Nonostante i dati di prevalenza siano inferiori a quelli degli uomini, da almeno due decenni il numero di donne che giocano d'azzardo è in crescita, tanto che in alcuni Paesi il tasso femminile di partecipazione all'azzardo ha raggiunto livelli simili a quello maschile (Abbott *et al.*, 2014; Wardle *et al.*, 2010).

In Italia il divario di genere è ancora significativo (nel 2017 aveva giocato il 34,4% della popolazione femminile tra i 15 e i 64 anni contro il 51,1% degli uomini), ma va tenuto conto che la partecipazione femminile al gioco d'azzardo era quasi raddoppiata rispetto alla rilevazione del 2014 (18,1%) (Cerrai *et al.*, 2017).

La "femminilizzazione del gioco d'azzardo" (Volberg, 2003) è determinata da un insieme di fattori tra i quali la diffusione dell'azzardo negli ambienti di vita quotidiani, meno connotati, e l'adozione di strategie di marketing sempre più targettizzate (Prever e Locati, 2021; McCarthy *et al.*, 2021).

Non a caso i luoghi in cui le donne dichiarano di giocare di più sono gli esercizi generici come le tabaccherie (87,6%), i bar (55,6%) e le ricevitorie (21%), con percentuali più elevate rispetto agli uomini per tabaccherie (Pacifichi, 2018).

Al contrario degli uomini, tra i luoghi specifici, le donne preferiscono le sale Bingo (8,9% vs 7,7%) alle sale scommesse (2,2% vs 20,4%) o alle sale VLT (1,1% vs 4,6%).

Le sale Bingo sono state infatti strategicamente posizionate in luoghi connotati positivamente – prendendo il posto ad esempio delle sale ballo – e quindi associate a spazi di incontro e divertimento socialmente accettate (Prever e Locati, 2021).

Le differenze riguardano anche i tipi di gioco: le donne sono più inclini, rispetto agli uomini, a scegliere giochi basati sulla fortuna, in particolare, il Gratta & Vinci (82,8% vs 68,1%) e il Lotto (33,5% vs 24,8%) e meno interessate alle forme di azzardo strategiche e basate sull'abilità, come nel caso delle scommesse sportive (8,6% vs 40,7%) (Cerrai *et al.*, 2017).

Anche le "carriere" o traiettorie di gioco mostrano peculiarità di genere (Rolando e Beccaria, 2019). Come osservato per l'utenza in carico ai servizi dell'ASST Melegnano e della Martesana, gli studi mettono in evidenza che le donne iniziano a giocare in età più avanzata, tra i 40 e i 60 anni (Ladd e Petry, 2002) – ma tendono a sviluppare più rapidamente un rapporto problematico con l'azzardo, secondo quello che viene definito "effetto telescopio" (Grant *et al.*, 2012).

L'inizio tardivo delle "carriere di gioco" femminili è spiegato soprattutto con il venire meno del ruolo di cura tipicamente assegnato alle donne (McMillen *et al.*, 2004), che scatena un senso di vuoto da colmare aprendo la strada alla pratica dell'azzardo.

La rapida progressione della patologia andrebbe ricondotta alla combinazione tra comorbidità psichiatrica e ricorso al gioco a scopo di *coping* – cioè come tentativo di fronteggiare sentimenti negativi, legati a isolamento sociale, relazioni disfunzionali, difficoltà di conciliare il proprio ruolo con le aspettative sociali (Thomas e Moore, 2001).

Più il gioco diventa problematico più le donne sperimentano sentimenti di vergogna e senso di colpa per non essere riuscite ad adempiere al proprio ruolo sociale.

Questi sentimenti indicano la persistenza di una tendenza discriminatoria che rende il gioco problematico femminile ancora meno accettabile di quello maschile e, di conseguenza, l'emersione della richiesta di aiuto ancora più difficile (Odoardi e Albasi, 2013).

È noto infatti che stigma e vergogna rappresentano le principali barriere sociali all'accesso al trattamento (Rolando *et al.*, 2023; Rolando e Ferrari, 2021).

Le donne quindi faticano in maniera più marcata degli uomini a rivolgersi ai servizi di cura (Prever e Locati, 2021), dando vita a un circolo vizioso che fa sì che i servizi si concentrino maggiormente sugli uomini (Abbott *et al.*, 2018).

Il gioco al femminile si configura quindi come un fenomeno complesso e dinamico influenzato da diversi fattori, anche sociali e culturali. Indagare questi fattori è importante per formulare risposte e azioni mirate, dando voce alle donne e la possibilità di essere ascoltate.

Il gioco online

Il rapido evolversi della tecnologia e la diffusione capillare di Internet anche nei contesti privati ha permesso fin dagli inizi degli anni '90 l'introduzione e l'espansione di nuove forme di gioco d'azzardo online (Wood e Williams, 2011).

Un ulteriore impulso è stato fornito dallo sviluppo delle *mobile app*, che hanno permesso all'azzardo di entrare in tutti i contesti della vita quotidiana (Deans *et al.*, 2016).

Tutti i tipi di gioco d'azzardo tradizionale hanno così trovato il loro corrispettivo online, andando ad ampliare notevolmente l'offerta e l'accessibilità all'azzardo.

Per molti anni nel panorama internazionale l'Italia si è distinta per una netta prevalenza del gioco fisico, in particolare degli apparecchi da gioco elettronici, mentre il gioco online ha registrato tassi di partecipazione decisamente inferiori alla media degli altri Paesi europei con volumi di spesa totale simili.

Tuttavia, a seguito dei lockdown il gioco d'azzardo online ha subito un incremento notevole riducendo questo gap (ADM, 2021).

Secondo un'indagine di popolazione condotta dall'Istituto Superiore di Sanità (Pacifichi *et al.*, 2019) i giochi più praticati dalle persone che giocano online sono le slot machine (40,9%), le lotterie istantanee (40,9%), le scommesse sportive (37,6%), i giochi di abilità a distanza (35%), i giochi numerici a totalizzatore (31,2%), le scommesse virtuali (29,1%).

Gli studi sull'azzardo online tendono ad affermare che i giocatori online sono più a rischio di quelli che giocano *in situ* di sviluppare uno stile di gioco problematico.

Tuttavia la maggior parte delle ricerche in questo ambito presenta limiti metodologici di cui bisogna tenere conto.

Il primo è quello di considerare giocatori offline e giocatori online come due insiemi separati, mentre la stragrande maggioranza dei giocatori che praticano i giochi d'azzardo online giocano anche offline (Griffiths e Auer, 2011; Wardle *et al.*, 2011): circa il 70% dei giocatori d'azzardo italiani online pratica anche il gioco fisico (Pacifichi *et al.*, 2019).

Il secondo limite riguarda la natura dei dati in genere o dati di comportamento tracciati dai provider di gioco – dunque spesso relativi a un solo tipo di gioco e non direttamente confrontabili con i dati relativi al gioco offline – o informazioni auto-risportate attraverso survey online, dunque non rappresentative (Griffiths e Auer, 2011; Wardle *et al.*, 2011).

L'ampia variabilità delle stime rilevate da una recente revisione di letteratura (Mora-Salgueiro *et al.*, 2021) impedisce inoltre di stabilire un tasso di prevalenza di gioco problematico online attendibile, in ragione della diversità dei target, dei giochi online, degli strumenti di rilevazione e delle definizioni di gioco problematico assunte dai singoli studi.

Se dunque non sono possibili affermazioni certe rispetto alla maggiore o minore pericolosità del gioco d'azzardo online rispetto al gioco fisico, più cautamente si può ipotizzare che non sia tanto il mezzo usato a rendere il gioco più problematico, ma che Internet rappresenti per i giocatori problematici un facile accesso a un'ampia varietà di giochi che vanno a sommarsi alle altre abitudini causando così danni maggiori (Griffiths e Auer, 2011).

Anche intuitivamente, infatti, l'azzardo online presenta delle caratteristiche specifiche che possono aumentare il potere di attrazione

e la partecipazione al gioco: in primis, la facilità di accesso, la flessibilità, l'accessibilità 24 ore su 24, l'ampia offerta delle scelte di gioco, l'anonimato, la possibilità di provare le versioni demo (Griffith e Barnes, 2008).

Rispetto alle carriere di gioco, i fattori che possono portare alla perdita di controllo sono i pagamenti elettronici, l'accesso alla carta di credito, la possibilità di giocare senza essere osservati, l'accesso istantaneo (Hubert e Griffiths, 2018).

Una ricerca australiana ha evidenziato alcuni fattori di rischio che distinguono i profili problematici: l'età più giovane, un livello più basso di istruzione, maggiori livelli di indebitamento, il coinvolgimento in un numero di giochi più elevato e una maggiore probabilità di usare sostanze durante le sessioni di gioco (Gainsbury *et al.*, 2015).

Metodologia

Il disegno originale della ricerca prevedeva la realizzazione di due focus group dedicati ai due target sotto osservazione (donne e giocatori online), in quanto tecnica che fa emergere più facilmente i diversi aspetti di un fenomeno grazie al confronto diretto tra partecipanti (Corrao, 2000).

Coinvolgere gli utenti di un servizio in un processo di ascolto delle loro opinioni, riconoscendo il valore del loro punto di vista e dei loro suggerimenti, e fornendo loro uno spazio neutro per confrontarsi e riflettere anche sulla loro esperienza, si rivela spesso anche uno strumento di empowerment dei partecipanti (Rolando and Wardle, 2023).

Gli intervistati sono stati individuati tramite gli operatori del servizio, che hanno proposto l'iniziativa a tutti i pazienti rispondenti ai requisiti, fornendo loro un modulo di consenso informato.

Nel caso dei giocatori online la proposta è stata accettata da quasi tutti e gli aderenti hanno scelto la modalità videoconferenza per ragioni logistiche.

Nel caso delle donne invece sono emerse alcune resistenze a partecipare a una discussione di gruppo, legate sia alle difficoltà logistiche che alla riluttanza di parlare in gruppo.

Pertanto si è concordato di procedere con interviste individuali semi-strutturate, in presenza o online a seconda delle preferenze personali, alle quali hanno aderito circa la metà delle donne in trattamento.

Sono stati quindi realizzati:

- un focus group online con i pazienti in trattamento poli-giocatori che avevano anche esperienza di gioco online (6 partecipanti);
- interviste individuali (in presenza o online) con donne in carico per trattamento da disturbo da gioco d'azzardo (3 partecipanti).

Le interviste sono state svolte presso il servizio di Gorgonzola (N = 2) e online (N = 1).

Tutte le interviste sono state registrate previa autorizzazione dei partecipanti e trascritte integralmente.

I dati raccolti sono stati analizzati con l'ausilio di un software specifico per l'analisi qualitativa dei dati (Atlas.ti).

Risultati

L'azzardo secondo le donne giocatrici

Tutte le interviste sono risultate consapevoli che la **riprovazione morale** è più pesante nei confronti delle donne che giocano d'azzardo che in quelli degli uomini.

Nel caso di Lucia, immigrata dal Sud, dove quando lei era più giovane le donne non osavano nemmeno entrare nelle sale slot, questo è particolarmente evidente.

Lo stigma sociale, in questo caso, aveva avuto un ruolo chiave nel tenere la donna lontana dagli apparecchi elettronici, che, una volta trasferitasi in Lombardia, hanno determinato lo sviluppo di un rapporto problematico con l'azzardo.

Lucia: Sono arrivata che non sapevo delle slot, giù era solo la schedina del Lotto, Superenalotto ogni tanto, perché giù alle slot le donne non giocano! Non si poteva entrare nei bar a giocare. Su ho scoperto le slot perché giocavano tranquillamente uomini e donne. Ho giocato e basta: calamita!

La stessa intervistata, lavorando in tabaccheria, potendo disporre di un punto di osservazione privilegiato, ha poi sottolineato come anche nel Nord le donne siano soggette a uno stigma sociale maggiore e, per questo, tendano a nascondersi ancora più dei giocatori maschi.

Lucia: L'uomo lo fa tranquillo, le donne si nascondono un po' (...) perché se viene pizzicata una donna a giocare, sembra una tragedia. Lo fa l'uomo, la donna lo guarda... Sono successi anche questi casi, in negozio: che vedi l'uomo che gioca, la moglie arriva lo prende e lo porta fuori. C'è stata la donna invece e c'è stato lo schiaffo. (...) (La donna) è più timorosa a farlo, però lo fa, va nei posti più lontani da casa con una scusa qualsiasi. Io dicevo che facevo straordinari, che ero fuori con le colleghe, invece l'uomo è più tranquillo, va al bar e dice: vado al bar a bere con l'amico, e invece va a giocare.

Come ha notato correttamente Manuela, e come è stato notato per le dipendenze da sostanza ancor prima che per il gioco d'azzardo, la società è più indulgente verso gli uomini che assumono comportamenti che possono indurre in dipendenza, perché tende a identificare il ruolo della donna con il ruolo di moglie e madre.

La donna non può quindi permettersi di perdere il controllo sul proprio comportamento, ma è tenuta piuttosto a controllare il comportamento dei suoi familiari.

Questo "doppio standard" di giudizio (Sanders e Sanders, 2014) è presente ed è veicolato anche dai mass media.

Ricercatrice: La vergogna secondo lei è diversa per maschi e femmine?

Manuela: Secondo me sì, non lo so, quando vediamo il film è sempre il padre che ha problemi di alcol, la madre in genere è quella che... poi appunto immagino... la vergogna, quindi sicuramente io la vedo così, componente femminile più vergogna. (È il fatto di) avere tutto sulle sue spalle che poi fa crollare.

È normale allora che le donne ancora più degli uomini, siano rose dal senso di colpa, e che questo **senso di colpa** si provi soprattutto nei confronti dei figli verso i quali le madri si sentono sempre responsabili, anche quando sono ormai adulti.

Cristina: E sa quante bugie ho detto ai miei figli? E mi sentivo veramente in colpa perché dicevo: porca miseria, i miei figli stanno lavorando e io sono qui che sto buttando via i soldi, ma tanti, e lì mi sentivo in colpa e non riuscivo a smettere.

Se di fronte alla domanda diretta le intervistate non hanno saputo rispondere su quali siano le caratteristiche specifiche dell'azzardo al femminile, quest'ultime emergono spontaneamente dalle loro narrazioni.

Le **relazioni con i familiari** sono un punto di riferimento costante nello spiegare l'avvicinamento all'azzardo.

Cristina associa l'inizio della sua carriera di gioco, avvenuto in età avanzata, alla difficoltà di elaborare il lutto per il marito e alla preoccupazione per un figlio.

Il gioco d'azzardo assume in questo caso una funzione di fuga da un vissuto emotivo ritenuto ingestibile (Lesieur, 1977).

A volte, come nel caso in questione, segue una fase in cui si è fatto ricorso a un trattamento farmacologico.

Cristina: Era uno sfogo, non lo so, era tanto per stare fuori di casa, per non pensare alla morte di mio marito, a una figura che mi

mancava (...) pur di stare fuori, di avere la testa di non pensare a cose brutte che ti vengono in mente. Perché se ti muore una persona con cui sei stato 50 anni insieme, nel giro di 3 ore... sul momento. Dopo, quando passa, e i figli vanno via, hai una botta nel cervello, non hai più tanta adrenalina in corpo. L'hai persa tutta per strada: sono dovuta andare dalla neurologa per tirare su l'umore.

Manuela associa l'evoluzione del suo rapporto con il gioco d'azzardo, prima sotto controllo, verso la dipendenza, a un momento critico nella vita di una donna, quello della maternità, che spesso troppo superficialmente viene dipinto come un cambiamento positivo, ma può essere molto difficile specialmente se la neo madre si sente sola e non sostenuta, e se, oltre che del figlio, deve occuparsi anche dei propri genitori o altri familiari.

Manuela: Quindi io mi sono ritrovata con un figlio piccolo, una situazione con il mio partner non bellissima, perché poi da quando è nato mio figlio ci sono stati un po' di problemi di solitudine, che c'è stata, poi la situazione di mio padre... Mi sono trovata in un periodo in cui non riuscivo a gestire niente, è stata una fuga e quindi una carenza proprio affettiva, però non solo riguardo al mio partner, ma anche a livello familiare, non avendo supporto di nessuno in quel periodo mi sono trovata a cadere dentro completamente nel gioco.

Come nota Manuela, la solitudine è un problema per entrambi i sessi e per entrambi può rappresentare un fattore di rischio rispetto al gioco d'azzardo, tuttavia le donne sembrano essere più vulnerabili, in quanto sembrano patire maggiormente, in termini di benessere mentale, la mancanza di relazioni o le difficoltà relazionali.

Manuela: Ne parlavo con la psicologa l'altro giorno che è sicuramente dovuto nelle donne a carenza affettiva, una forma di solitudine che si va a creare che poi magari si cerca di alleviare con il gioco.

(...) Questa cosa qua della solitudine è comune a entrambi, è un elemento fondamentale del problema, magari nelle donne sicuramente un po' di più, perché sono di natura più emotiva.

Anche Lucia riconosce che le difficoltà relazionali sono tra le principali leve del suo ricorso all'azzardo, nonostante il desiderio o il bisogno di denaro (soprattutto quando se ne è perso al gioco) non sia una motivazione indifferente.

Lucia: Penso di ricaderci ogni volta che ho... delle discussioni che non riesco a risolvere. Quando non riesco a risolvere una discussione, una situazione, mi butto lì.

Ricercatrice: Quindi problemi relazionali diciamo.

Lucia: Bravissima sì.

Ricercatrice: E secondo te questo vale lo stesso per gli uomini?

Lucia: Nooo, non credo, non lo so.

Gioco online vs gioco fisico

I pareri degli intervistati sembrano in linea con la difficoltà, emersa da studi ben più ampi e strutturati, di stabilire se il gioco d'azzardo online sia di per sé più pericoloso di quello fisico (Griffiths e Auer, 2011; Wardle *et al.*, 2011).

Tutti i partecipanti concordano sul fatto che non ci sono differenze intrinseche, se parliamo dello stesso tipo di gioco, ad esempio tra scommettere online o presso un'agenzia.

I meccanismi che spingono a giocare e a continuare a giocare, come spiega un intervistato, sono gli stessi.

Ciò che fa la differenza è l'estrema **accessibilità** dell'offerta online che finisce per aumentare esponenzialmente la frequenza di gioco. Massimo: Alla fine penso che le leve siano identiche. I meccanismi nella testa del giocatore sono identici. Ovvio che il gioco online essendo facilmente fruibile ha un impatto quantitativo devastante

(...) Per la mia esperienza l'unica differenza è la velocità: il problema è che avendo il cellulare in mano è ovvio che in qualunque momento puoi giocare, se sei in macchina... Se vai in sala devi giustificare a tua moglie dove vai, con chi vai, perché (...) però quello che porta il giocatore a reiterare il fatto è lo stesso, con la differenza che avendo tutto in tasca è più semplice.

L'accessibilità al gioco d'azzardo online non è solo legata alle caratteristiche del canale, ma anche alle caratteristiche specifiche, estremamente *user friendly*, delle piattaforme di gioco e all'efficiente servizio clienti a disposizione.

Secondo gli intervistati infatti non ci vogliono competenze specifiche per iniziare a giocare online, nessuno di loro è stato socializzato al gioco o aiutato da qualcuno.

Paolo: Purtroppo è facilissimo. Ci sono i siti che sono organizzati bene. Ci sono tantissime modalità di ricarica, è fin troppo semplice, non c'è bisogno che qualcuno te lo spieghi, perché lo impari proprio facilmente, ci sono 2-3 passaggi semplici semplici.

Claudio: E poi se hai problemi nella ricarica puoi contattarli o tramite chat o telefonicamente e ti aiutano loro a caricare, ti dicono a mano a mano come fare, quindi è semplicissimo (...) funziona benissimo e sono sempre disponibili.

"Immediatezza e semplicità" sono altre caratteristiche del gioco online che rendono più complesso per il giocatore mantenere l'autocontrollo sul gioco d'azzardo (Hubert e Griffiths, 2018). L'immediatezza delle giocate e delle vincite è una delle caratteristiche che da tempo le evidenze scientifiche hanno indicato come fattore che aumenta il potenziale di rischio di un gioco.

Claudio: Puoi fare le giocate immediate, nel senso sta giocando una squadra te la puoi giocare al momento, anche mentre sta giocando, quindi ci sono molti più vantaggi a giocare online rispetto la sala. Gli avvenimenti che sono iniziati nella sala sono chiusi, invece nell'online sono sempre aperti, fino all'ultimo minuto puoi giocare, anche 100 volte.

Paolo: Probabilmente è proprio questo il punto: l'immediatezza e la semplicità. Cioè il fatto che in qualsiasi momento della giornata, anche alle 2, 3 di notte, la maggior parte delle sale sono chiuse, l'online no. Vai a fare la serata con gli amici, torni alle 5 di mattina, difficile che tu prendi e vai in una sala, però online hai quel tipo di accesso.

L'online offre inoltre la possibilità di giocare senza essere visti, fattore da non sottovalutare tenuto conto dello stigma sociale legato alla pratica dell'azzardo, che, se da un lato rappresenta un ostacolo all'emersione del problema, dall'altro lato potrebbe rappresentare un freno alla frequenza di gioco. **L'invisibilità e il giocare da soli** possono al contrario aumentare il coinvolgimento nella pratica dell'azzardo, favorendo la perdita di contatto con la realtà e sottraendo a questa esperienza la dimensione sociale dell'esperienza. L'azzardo diventa così sempre meno una forma di intrattenimento sociale e socializzante per diventare un mezzo per fuggire alla realtà e per isolarsi: motivazioni più spesso legate al gioco problematico (Blaszczynsky e Nower, 2002).

Massimo: Nella sala c'è anche il rapporto con gli altri giocatori, l'online è proprio qualcosa che isola. La vivi peggio, secondo me. Il livello peggiore della patologia.

Paolo: Ho riscoperto negativamente che l'online ci permette qualcosa di assolutamente negativo, perché siamo soli, ci dà quella sensazione del: nessuno ci guarda, quindi ci dà quella "sicurezza", questa mancata presenza di qualcuno che ci possa guardare (...) E poter fare qualcosa che la società non ammette, poterla fare nell'assoluta privacy.

In linea con quanto evidenziato dalla letteratura, tutti i partecipanti avevano anche fatto in qualche misura esperienza di gioco fisico. Alcuni hanno raccontato come proprio il passaggio dal gioco fisico a quello online abbia rappresentato un punto di svolta nelle loro "carriere di gioco" verso un'evoluzione più problematica.

Claudio: Ho sempre giocato, ma a livello proprio pesante, che è diventato patologico, è stato il gioco online. Prima giocavo alle schedine, scommesse. Però poche quantità, non sempre, non era una fissazione, mentre da quando gioco online era un appuntamento fisso, tutti i giorni.

Giovanni: Andavo nelle sale ma non giocavo come quando lo facevo online, quello era poco rilevante rispetto all'online che ti sfugge di mano, perché è talmente pratico, a portata di click, che non devi nemmeno sforzarti di uscire di casa per ricaricare. A portata di mano.

Un altro caso emblematico è quello di Massimo che, dopo essere passato dalle scommesse in agenzia a quelle online, accortosi che era più difficile mantenere il controllo sul gioco online, aveva deciso di interrompere questa abitudine e ci era riuscito.

Tuttavia la chiusura dei punti scommessa durante la pandemia lo ha riportato al gioco online che ha determinato un'evoluzione negativa del suo rapporto con l'azzardo.

Massimo: Ho iniziato con il gioco in agenzia (...) ho giocato per curiosità online nel 2007/8, ma ho smesso velocemente perché perdevo il controllo delle spese, nel senso che era talmente virtuale: caricavo dalle carte di credito, per cui alla fine quando ero lì, li rigiocavo [i soldi vinti]. Finché un giorno ho deciso di smettere con l'online (...) per cui, parliamo davvero di tanti anni fa, e sono tornato a giocare nelle sale, sempre scommesse (...). Poi con il lockdown mi sono di nuovo avvicinato all'online!

Strategie di autoregolazione nell'online

L'estrema accessibilità dell'azzardo online rende più complicata la messa in atto di strategie di autoregolazione che i giocatori normalmente mettono in atto per limitare frequenza e spesa di gioco. Poiché non è sufficiente evitare i luoghi dedicati, in questo caso per qualcuno l'unica soluzione è stata quella di togliere il collegamento internet dal proprio telefono cellulare.

Anche per evitare di ricevere pubblicità e promozioni che inevitabilmente costituiscono un potente richiamo all'azzardo.

L'esperienza degli intervistati conferma che, nonostante con il Decreto-Legge n. 87 del 2018 la pubblicità sia stata vietata in ogni sua forma, permangono delle aree grigie in cui il divieto viene evaso, in quanto, ad esempio, i siti web esteri non sono soggetti alla normativa italiana.

Claudio: lo uso il telefono ma ho escluso totalmente internet. Lo uso solo per chiamare e ricevere chiamate. Utilizzarlo il meno possibile aiuta. Anche perché uno dei problemi del gioco online è proprio che ti riempiono di messaggi, magari ti dicono che ti hanno appena accreditato un bonus di 1000 euro e quindi anche se tu non hai voglia di giocare in quel momento vai a giocare perché hai il bonus, e quello è solo l'inizio, perché poi non ti fermi più.

Lucia, anche lei praticante del gioco online, anziché togliere del tutto il collegamento internet dal proprio cellulare, ha affidato il telefono al controllo del marito inserendo la funzione "controllo parentale", prevista per i minorenni, al fine di non avere accesso al gioco d'azzardo. La stessa osserva che, nonostante abbia attivato questa opzione, la pubblicità del gioco d'azzardo è presente su tutti i più comuni social network.

Lucia: lo mi sono autoesclusa dai giochi dove ci sono soldi in mezzo con il blocco dei genitori al telefono. Io ho il telefono sotto controllo da lui e... Iscrivermi in un gruppo di autoesclusione vuol dire "io gioco"... no. E comunque è pubblicizzato l'(azzardo) online: Facebook, Google, TikTok, Instagram, e ti arriva puntualmente la pubblicità delle slot! Arriva anche quando gioca mia figlia che ha 5 anni.

Interessanti anche le considerazioni della stessa intervistata sui videogiochi, talvolta proposti dagli stessi terapeuti come strategia per

disassuefarsi al gioco d'azzardo praticando forme di intrattenimento simili ma meno nocive.

Tuttavia l'incorporazione di alcune meccaniche tipiche dell'azzardo anche nei videogiochi ha determinato un progressivo avvicinamento delle due pratiche (Rolando e Wardle, 2023; Rolando, 2022).

Da un lato, le *loot box*, i social casinò e le microtransazioni possono rappresentare una strategia di "normalizzazione" dell'azzardo, dall'altro lato il potere d'attrazione dei videogiochi e le dinamiche emotive indotte dal gioco online possono essere molto simili a quelli dell'azzardo, tant'è vero che il Disturbo da uso di videogiochi è stato riconosciuto tra le forme di dipendenza nel DSM-5.

Lucia: Ci sono alcuni [video]giochi che mi portavano ad arrabbiarmi, quindi a incentivare il gioco nel senso che per superarli devi comunque dare soldi. Un Candy Crash, che è solo caramelline, che fai i giochi di colori, a una certa per andare avanti e avere dei poteri devi pagare. (...) Lì ho detto: bloccami sto gioco! Quando inizio a vedere che mi prende e che la mia testa poi inizia a pensare solo al gioco, lo elimino o lo blocco e non posso più ricaricarlo. (...) Capisco che ho l'atteggiamento di quando gioco con i soldi, che voglio vincere. (...) L'emozione è uguale, nel senso di portare alla fine il gioco. Io quando inizio a vedere che mi sta prendendo troppo spengo, finché riesco a farlo, oppure chiedo a lui di bloccarlo.

L'esperienza diretta portata da uno dei partecipanti ha dato avvio a un dibattito sul tema dell'**autoesclusione**, uno strumento che in ottemperanza a una normativa comunitaria è stato introdotto anche in Italia (Legge 88/09, art. 24, commi 12 ss.).

Nel nostro paese l'autoesclusione è trasversale, quindi la persona che decide di attivarla non può più accedere a nessuna delle piattaforme di gioco autorizzate per il periodo di tempo prescelto (30, 60, 90 giorni) oppure a tempo indeterminato (in questo caso si può chiedere la revoca, ma solo dopo 6 mesi).

Dal confronto tra i partecipanti sono emersi vantaggi e limiti dello strumento.

Nicola, che ha attivato l'esclusione permanente, lo ritiene uno strumento efficace e a posteriori è contento di avere fatto questa scelta – anche se poi di fatto ha perso molti soldi alle VLT.

Nicola: lo ringrazio di essere stato beccato da mia moglie dopo aver giocato tantissimi soldi, (...), e di aver fatto l'autoesclusione. Io oggi se cerco di fare qualunque accesso non riesco perché ho fatto esclusione a tempo indeterminato, non quella dopo 6 mesi... io come inserisco il codice fiscale – ho provato, anche perché dopo mesi avevo provato ad andare fisicamente in una ricevitoria di scommesse: quando gli ho dato i documenti mi ha detto: "guardi che per lei non possiamo fare niente perché ci blocca il sistema".

Claudio, che ha attivato l'esclusione temporanea due volte, mette invece in dubbio la sua efficacia, sottolineando che l'impedimento al gioco è facilmente aggirabile utilizzando l'identità digitale di un'altra persona. Afferma inoltre che gli stessi gestori delle sale mettono a disposizione dei "clienti affezionati" delle tessere per giocare.

Claudio: lo ho fatto l'autoesclusione due volte per 6 mesi [poi non più]. Anche perché se hai intenzione di giocare trovi sempre qualcuno che ti presta la sua identità e puoi comunque aprire un conto a nome di un altro e utilizzare pure i suoi dati, e non cambia niente (...) Se sei riuscito a tenere nascosta la tua identità a tua moglie, ai tuoi cari, a tutti quanti per dieci anni, usando un'altra identità riusciresti a farlo per altri dieci anni. (...) Loro stessi (nelle agenzie) ti danno la carta, ti conoscono soprattutto che giochi tanto, appena entri ti danno la loro tessera, se non vuoi usare la tua puoi usare la loro.

In linea con quanto espresso da esperti e professionisti della salute (Kraus *et al.*, 2022) un partecipante al focus group ha argomen-

tato a favore di una maggiore pubblicizzazione dello strumento e dell'applicazione dell'autoesclusione anche al gioco fisico nelle sale, trasversale e collegata al codice fiscale.

Ad oggi invece l'autoesclusione sul gioco fisico è prevista solo per i (singoli) casinò.

Nicola: Purtroppo ne ho spesi tanti – fisicamente nelle Sale slot – e mi sarebbe piaciuto avere un'autoesclusione di quel tipo, nelle sale (...) secondo me non lo fanno, perché ovviamente è un giro, ci guadagna lo Stato e di conseguenza c'è poca informazione, perché ad esempio l'autoesclusione online potrebbero pubblicizzarla molto di più, tanti giocatori non lo sanno neanche. L'altro discorso è: siccome io oggi per giocare nelle sale slot devo usare la mia tessera sanitaria... non ci vuole niente a fare un'autoesclusione sulla tessera sanitaria, in modo tale che uno non possa giocare, rendere più complicate le cose, magari può essere anche un aiuto.

Sul fatto che sull'autoesclusione, strumento entrato in vigore dal 2018, non ci sia sufficiente informazione, sono tutti d'accordo.

Infatti la maggior parte dei partecipanti al focus group ne ha scoperto l'esistenza proprio durante il focus group.

Conclusioni

Sebbene lo studio abbia coinvolto un numero ridotto di intervistati, il focus group e le interviste individuali hanno messo in evidenza alcune informazioni che possono essere utili ai professionisti per un confronto interno mirato al miglioramento dell'offerta.

Come spesso accade non si tratta tanto di trovare risposte certe, quando di porsi domande per trovare, insieme e con uno sguardo multiprofessionale, possibili soluzioni.

Prendere in considerazione anche il punto di vista degli utenti dei servizi è altrettanto importante e strategico, sebbene non sia ancora una prassi molto diffusa nel nostro Paese.

Vogliamo dunque concludere le riflessioni contenute in questo report riprendendo le domande di partenza al fine di stimolare un processo di riflessione interno al servizio.

1. Cosa contraddistingue l'azzardo al femminile e che implicazioni comporta in termini di trattamento?

Ciò che caratterizza il gioco d'azzardo nell'esperienza delle donne rispetto agli uomini è simile a quanto osservato per le altre dipendenze.

Se da un lato per tutti i comportamenti "additivi" si riscontra una minore presenza delle donne, dall'altro lato emerge una specifica vulnerabilità delle stesse che determina una progressione della dipendenza più veloce.

Nel gioco d'azzardo, al c.d. "effetto telescopio" (Grant *et al.*, 2012), si aggiungono due elementi di distinzione, rilevati anche dai dati quantitativi dell'ASST Melegnano e della Martesana (Bergamo, 2022): un inizio della "carriera di gioco" più tardiva e una maggiore comorbidità psichiatrica.

È bene che i professionisti siano pienamente consapevoli che, al di là degli aspetti clinici, le carriere di gioco delle donne sono fortemente condizionate dalle discriminazioni di genere insite nelle norme e nei ruoli sociali, secondo le quali una donna è giudicata più severamente di un uomo subendo quindi una compromissione psicologica e sociale più grave (Grant e Kim, 2002; Odoardi e Albasi, 2013). Lo stigma sociale che pesa in modo particolare sulle donne costituisce un'importante barriera di accesso al trattamento e alimenta sensi di colpa controproducenti.

È probabile che il boom del gioco online determinerà un aumento dell'azzardo al femminile perché offre alle donne la possibilità di giocare senza essere viste e senza dovere frequentare i luoghi di gioco nei quali si sono sempre sentite poco a proprio agio.

Acquisire maggiore consapevolezza sugli aspetti culturali di genere che possono avere condizionato le loro storie di vita oltre che le carriere di gioco potrebbe aiutare le donne in trattamento a superare la vergogna e i sensi di colpa e avere un effetto di empowerment che risulterebbe amplificato, in particolare, dal parlarne in una dimensione di gruppo (Piquette-Tomei *et al.*, 2008).

2. Cosa contraddistingue il gioco d'azzardo dal gioco fisico e che implicazioni comporta in termini di trattamento?

Le caratteristiche proprie del gioco d'azzardo online, l'accesso istantaneo, l'immediatezza delle vincite e i pagamenti elettronici sono tutti fattori che, in un percorso di cura, complicano le strategie di autoregolazione tradizionali.

Ciò che si può apprendere dall'esperienza delle persone in trattamento sono dunque le strategie di autoregolazione che hanno adottato nel caso del gioco d'azzardo online, che vanno dall'attivazione della funzione "controllo parentale" sul proprio dispositivo all'esclusione totale dei servizi online. Uno strumento che andrebbe senz'altro incentivato è il ricorso all'autoesclusione dal gioco d'azzardo online, che potrebbe rappresentare un valido aiuto nel processo di recovery, ma ancora poco conosciuto e sottoutilizzato in Italia (Kraus *et al.*, 2022, Rolando *et al.*, 2019).

Da quanto emerso risulta opportuno rinforzare la conoscenza di questo strumento da parte di tutti i professionisti delle dipendenze affinché possa essere proposto a tutti coloro che potrebbero beneficiare di questa opzione a supporto del percorso di trattamento.

È importante sottolineare però che questa come altre strategie di limitazione dei danni sono efficaci nella misura in cui è la persona che "sceglie" di adottarle piuttosto che la viva come una forma di controllo imposta e subita passivamente quale esito della sfiducia da parte dei familiari (Spagnolo, 2017).

Nel secondo caso questo strumento potrebbe invece rafforzare nel giocatore o nella giocatrice la convinzione di non essere capace di controllare l'impulso.

Gli interventi non possono prescindere da una comprensione approfondita delle pratiche di gioco, che risultano dall'intersezione di fattori socio-culturali, ambienti di gioco e infrastrutture tecniche.

Le teorie sulla pratica sociale sono utili per spostare il focus dalla responsabilità individuali a quelle collettive e comprendere meglio tutti i fattori che intervengono nel costruire e normalizzare le pratiche sociali (Nyemcsok *et al.*, 2022).

È importante dunque comprendere a fondo, dando voce alle persone, quali sono gli aspetti tecnici e i significati attribuiti alle pratiche di gioco, e costruire interventi capaci di spezzare le complesse interazioni tra questi aspetti (*ibidem*).

Infine, poiché uno dei principali problemi è il mancato o il tardivo accesso ai servizi di trattamento, sarebbe opportuno inoltre considerare la possibilità di inserire nell'offerta servizi di counselling online.

Secondo una recente indagine condotta in Finlandia (Marionneau e Järvinen-Tassopoulos, 2022) le chat possono rappresentare un canale di accesso a bassa soglia valutato molto positivamente dai giocatori online.

Come suggerito dai partecipanti, in particolare per questo target, l'online potrebbe anche rappresentare un canale attivabile per incontri di gruppo, non necessariamente condotti da uno psicoterapeuta.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutte le persone, indicate nel testo con nomi di fantasia, che hanno reso possibile questo studio accettando di condividere le loro esperienze e opinioni.

Riferimenti bibliografici

- Abbott M.W., Romild U., Volberg R.A. (2014). Gambling and problem gambling in Sweden: Changes between 1998 and 2009. *Journal of Gambling Studies*, 30: 985-999. doi: 10.1007/s10899-013-9396-3.
- Abbott M., Binde P., Clark L., Hodgins D., Johnson M., Maniowabi D., Quilty L., Spångberg J., Volberg R., Walker D., Williams R. (2018). Conceptual Framework of Harmful Gambling: An International Collaboration, Third Edition. *Gambling Research Exchange Ontario (GREO)*. Ontario, Canada: Guelph.
- ADM (Agenzie delle accise, dogane e monopoli) (2021). Libro blu 2021. www.adm.gov.it/portale/libro-blu-organizzazione-statistiche-e-attivita-anno-2021.
- Bergamo S. (2022). Domanda e offerta terapeutica per disturbo da gioco d'azzardo nell'ASST Melegnano e della Martesana. Rapporto di ricerca.
- Berry R., Fraehlich C., Toderian S. (2002). *Women's experiences of gambling and problem gambling*. Winnipeg: Ontario Problem Gambling Research Centre.
- Blaszczynski A., Nower L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5): 487-499. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x.
- Bowden-Jones H., Prever F. (2021). *Donne e disturbo da gioco d'azzardo. Una prospettiva al femminile su trattamento e ricerca*. Edizioni d'Este.
- Cerrai S., Resce G., Molinaro S. (a cura di) (2017). Consumi d'azzardo 2017 – Rapporto di ricerca sulla diffusione del gioco d'azzardo fra gli italiani attraverso gli studi IPSAD® e ESPAD® Italia. www.avvisopubblico.it/home/wp-content/uploads/2018/06/Consumi-dazzardo-2017.pdf.
- Corrao S. (2000). *Il focus group*. Milano: FrancoAngeli.
- Deans E., Thomas S.L., Daube M., Derevensky J. (2017). The role of peer influences on the normalisation of sports wagering: a qualitative study of Australian men. *Addiction Research & Theory*, 25(2): 103-113. doi: 10.1080/16066359.2016.1205042.
- Gainsbury S.M., Russell A., Wood R., Hing N., Blaszczynski A. (2015). How risky is Internet gambling? A comparison of subgroups of Internet gamblers based on problem gambling status. *New Media & Society*, 17(6): 861-879. doi: 10.1177/1461444813518185.
- Grant J., Kim S. (2002). Parental bonding in pathological gambling disorder. *The Psychiatric Quarterly*, 73: 239-247. doi: 10.1023/A:1016044906341.
- Grant J.E., Odlaug B.L., Mooney M.E. (2012). Telescoping phenomenon in pathological gambling: Association with gender and comorbidities. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(11), 996. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182718a4d.
- Griffiths M.D., Auer M. (2011). Approaches to understanding online versus offline gaming impacts. *Casino and Gaming International*, 7(3): 45-48.
- Griffiths M.D., Barnes A. (2008). Internet gambling: an online empirical study among student gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6: 194-204.
- Hubert P., Griffiths M.D. (2018). A Comparison of Online Versus Offline Gambling Harm in Portuguese Pathological Gamblers: An Empirical Study. *Int J Ment Health Addiction*, 16: 1219-1237. doi: 10.1007/s11469-017-9846-8.
- Kraus L., Loy J.K., Bickl A.M., Schwarzkopf L., Volberg R.A., Rolando S., ... Örmberg J.C. (2022). Self-exclusion from gambling: A toothless tiger?. *Frontiers in psychiatry*, 13, 992309. doi: 10.3389/fpsy.2022.992309.
- Ladd G.T., Petry N.M. (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10(3): 302-309. doi: 10.1037/1064-1297.10.3.302.
- Lesieur H.R. (1977). *The chase: Career of the compulsive gambler*. Anchor Press.
- Marionneau V., Järvinen-Tassopoulos J. (2022). Treatment and help services for gambling during Covid-19: Experiences of gamblers and their concerned significant others. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 39(1): 10-24. doi: 10.1177/145507252111030727.
- McCarthy S., Pitt H., Bellringer M.E., Thomas S.L. (2021). Strategies to prevent and reduce gambling harm in Australian women. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-11. doi: 10.1080/09687637.2021.1973963.
- Mora-Salgueiro J., García-Estela A., Hogg B., Angarita-Osorio N., Aman B.L., Carlbring P., ... Colom F. (2021). The prevalence and clinical and sociodemographic factors of problem online gambling: A systematic review. *Journal of Gambling Studies*, 37(3): 899-926. doi: 10.1007/s10899-021-09999-w.
- Nyemcsok C., Pitt H., Kremer P., Thomas S.L. (2022). Viewing young men's online wagering through a social practice lens: implications for gambling harm prevention strategies. *Critical Public Health*. doi: 10.1080/09581596.2022.2031888.
- Odoardi S., Albasì C. (2013). Donne e gioco d'azzardo: uno sguardo d'insieme sul fenomeno [Women and gambling: an overview]. *Recenti progressi in medicina*, 104(12): 631-636. doi: 10.1701/1373.15265.
- Pacifici R., Mastrobattista L., Minutillo A., Mortali C. (a cura di) (2019). Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione: risultati di un progetto integrato. *Rapporti ISTISAN*. 19/28. www.centroexplora.it/it/doc/Rapporto_ISTISAN_gioco_d_azzardo.pdf.
- Pacifici R. (2018). 1° Convegno Nazionale. Il gioco d'azzardo in Italia. Presentazione in power point del 18/10/2018. www.iss.it/documents/20126/0/Il-gioco-dazzardo-in-Italia_Risultati_Adulti.pdf/ea051291-f3f4-b906-cbe7-1148972f8d1d?t=1576340346416.
- Piquette-Tomei N., Norman E., Corbin Dwyer S., McCaslin E. (2008). Group therapy for women problem gamblers: A space of their own. *Journal of Gambling Issues*, 22(22): 275-296. <https://hdl.handle.net/10133/689>.
- Prever F., Locati V. (2021). Female gambling in Italy: a specific clinical experience. In: Bowden-Jones H., Prever F. (eds.), *Gambling disorders in women: an international female perspective on treatment and research*. New York: Taylor & Francis, pp. 124-140.
- Rolando S. (2022). "Perché è azzardo, perché non sai cosa trovi". Il rapporto tra videogiochi e azzardo nella prospettiva dei giovani gamer. Rapporto di ricerca. IRES Piemonte.
- Rolando S., Beccaria F. (2019). "Got to gamble, but I've got no money". A qualitative analysis of gambling careers in South Italy. *International Gambling Studies*, 19(1): 106-124. doi: 10.1080/14459795.2018.1517816.
- Rolando S., Cuomo G. (2023). Disturbo da Gioco d'Azzardo e "nuovi" utenti. Rapporto di ricerca. <https://eclectica.it/disturbo-da-gioco-dazzardo-e-nuovi-utenti-report-di-ricerca-di-approfondimento-sugli-utenti-donne-e-giocatori-online>.
- Rolando S., Ferrari C. (2021). "Per me era soltanto un vizio". Lo stigma e altre barriere all'accesso al trattamento per gioco problematico. Rapporto di ricerca. <https://eclectica.it/per-me-era-soltanto-un-vizio-lo-stigma-e-altre-barriere-allaccesso-al-trattamento-per-gioco-problematico>.
- Rolando S., Ferrari C., Beccaria F. (2023). "To me, it was just a vice". Stigma and Other Barriers to Gambling Treatment in Piedmont, Italy. *Journal of Gambling Studies*. doi: 10.1007/s10899-023-10214-1.
- Rolando S., Scavarda A., Beccaria F. (2019). "Tra un po' anche nei cessi c'erano le macchinette". Una ricerca qualitativa sulle carriere del gioco d'azzardo e sull'impatto della regolamentazione in Piemonte. Rapporto di ricerca. <https://eclectica.it/category/pubblicazioni/page/2>.
- Rolando S., Wardle H. (2023). "That's why it's gambling, because you don't know what you find in it!". Perceptions of the relationship between gaming and gambling among young adult gamers. *Journal of Youth Studies*. doi: 10.1080/13676261.2023.2174012.
- Sanders J.M. (2014). *Introduction: Women, addiction, and the double standard. Women in narcotics anonymous: Overcoming stigma and shame*. New York: Palgrave Macmillan, pp. 1-14. doi: 10.1057/9781137430496_1.
- Spagnolo L.M. (2017). Tipologie di intervento. In: Croce M., Jarre P. *Il Disturbo da Gioco d'Azzardo, un problema di salute pubblica. Indicazioni per la comprensione e l'intervento*. Edizioni Publiedit.
- Volberg R. (2003). Has there been a 'feminization' of gambling and problem gambling in the United States?. *The Electronic Journal of Gambling Issues*, 8, May. doi: 10.4309/jgi.2003.8.7.
- Wardle H., Moody A., Griffiths M., Orford J., Volberg R. (2011). Defining the online gambler and patterns of behaviour integration: Evidence from the British Gambling Prevalence Survey 2010. *International Gambling Studies*, 11(3): 339-356. doi: 10.1080/14459795.2011.628684.
- Wardle H., Moody A., Spence S., Volberg R., Jotangia D., Griffiths M., Hossey D., Dobbie F. (2010). *British Gambling Prevalence Survey*. London UK, National Centre for Social Research.
- Wood R.T., Williams R.J. (2011). A comparative profile of the Internet gambler: Demographic characteristics, game-play patterns, and problem gambling status. *New Media & Society*, 13(7): 1123-1141. doi: 10.1177/1461444810397650.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno X, n. 38

MISSION n. 62

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

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

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

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

Redazione Mission: CeRCo, Milano.

An exploratory study on alcohol related problems among party-goers in the Veneto Region, Italy[®]

Diego Saccon*

Introduction

Binge drinking is defined as the consumption of an elevated number of alcoholic beverages in a single circumstance.

The Italian National Institute of Statistics (ISTAT) describes *binge drinking* as consuming 6 or more Alcohol Units (AU) in a single sitting, where one AU is equal to 12 grams of pure alcohol, as found in a glass of wine (12%) or a can of beer (4%) (ISTAT, 2019).

Similarly, the World Health Organization (WHO) has defined that “heavy episodic drinking” as the proportion of adults (15+ years) who had at least 60 grams or more of pure alcohol on at least one occasion in the previous 30 days.

This is an indicator of “higher risk of experiencing alcohol-related acute harm but also developing chronic health complications” (World Health Organization, 2018).

People involved in nightlife entertainment that is “party-goers”, show a danger behaviour about binge drinking (Hughes Karen *et al.*, 2011) and, in Italy, the highest percentages of binge drinkers are those related to the north-eastern regions (Italian Health Ministry, 2022).

A number of prevention projects have been targeted at the risks related to the acute alcohol abuse in night life entertainment venues in the Veneto Region of Italy, in connection with the Safe Night Veneto Coordination.

[®] L'articolo è stato sottoposto a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e segue gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali.

* Direttore UOC Servizio per le Dipendenze. Coordinatore Dipartimento delle Dipendenze AULSS 4 Veneto, Venezia.

In this paper, we analysed data collected on a sample of party-goers calling on the “Safe Night” mobile units in the 2008 to 2018 period and drew a profile of alcohol use patterns in this population. Furthermore, we compared our results with those relative to the binge drinking in the same-aged group of Italian population, to identify reduction risks actions in the nightlife setting.

Background

Since the 1990s, researchers have focused on health risks related to nightlife entertainment.

These risks include acute intoxication and drug and alcohol overdose, car accidents, dangerous sexual behaviours, violence and rape. These events might result in health injuries and can be fatal.

This phenomenon, therefore, is not only a safety problem, but a real burden for emergency services, hospitals, police, communities, and families.

In fact, alcohol reduces people’s perception of risk, leading them to be more likely to drink and drive or to harm others (Santos *et al.*, 2015).

Alcohol consumption is usually used in recreational settings as a way to bond with friends and it is often associated with illicit drug use.

Studies state that most young people consider drinking and getting drunk a way to have fun and they rarely consider these behaviours having possible harmful outcomes (Herring, Bayley, Hurcombe, 2014).

Several factors seem to be associated with heavier consumption of alcohol.

Drinking in different locations, for instance, seems to be an important component of nightly heavy drinking (Labhart, Anderson, Kuntsche, 2017).

Further, drinking in private settings before going out (pre-drinking) increases the level of intoxication among bar patrons and al-

most doubles the amount of alcohol consumed over the course of a night as compared to non-pre-drinking nights (Labhart, Graham, Wells, Kuntsche, 2013).

Researchers also highlight the role played by peers through their actual and perceived drinking behaviours.

Quantitative studies point out a relation between individual drinking and the number of drinking peers which may be mediated by both peer influence and/or peer selection (MacArtur *et al.*, 2017). The association between contexts and heavy drinking has also been demonstrated.

In fact, some contexts element such as age, size, personality, mood of the day, expectations of the social group or the location where the party takes place, can make people continue and accelerate their drinking or make them choose not to drink at all (Stanesby *et al.*, 2019).

An updated overview about the issue is the Healthy Nightlife Toolbox (HLT) (Hughes *et al.*, 2011), a website that was included in the European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse in 2017. HLT has currently selected around 500 published studies from international literature concerning alcohol, drug, violence, and accidents linked to nightlife entertainment events.

Among these, 70 studies regarded binge drinking and only 2 were Italian. The *Committee for National Alcohol Policy and Action* (CNAPA) of the European Union (EU) has already indicated binge drinking as a main target in their alcohol harm reduction policies (World Health Organization, 2019).

ISTAT reported that people aged from 18 to 24 years old had frequent binge drinking episodes at discos, pubs and nightclubs (ISTAT, 2019).

Every year hundreds of thousands of young people in Italy go to nightlife entertainment venues especially at the seaside such as those found on the Veneto Region Adriatic coast.

The Italian Higher Institute of Health (ISS) estimated that the 14.3% of females and the 22.1% of males between 18 and 24 were binge drinkers and that in the Veneto region the percentages of binge drinkers (age > 11 years old) were equal to 4.7% in females and 14.8% in males, compared to 3.9% and 11.4%, respectively, in the whole Italian population (Italian Health Ministry, 2022).

Method and data analysis

Since 2006, the Safe Night coordination has been active in the Italian Veneto Region as a prevention initiative aimed at limiting the risk in places of youth entertainment.

Safe Night coordination is recognized by the Directorate of Social Services of the Veneto Region whom promotes the synergy between the following 8 local projects:

- “BSide”, San Gaetano Foundation from Vicenza;
- “Fuori Posto”, Addiction Department of Veneto’s Local Health Unit n. 1 (Belluno);
- “Giochi Puliti”, Addiction Department of Veneto’s Local Health Unit n. 9 (Verona) & “Energie Sociali” No Profit Social Cooperative from Verona;
- “Off Limits”, Addiction Department of Veneto’s Local Health Unit n. 4 (Venice);
- “Spazio”, Addiction Department of Veneto’s Local Health Unit n. 3 (Venice);
- “STF”, Addiction Department of Veneto’s Local Health Unit n. 5 (Rovigo);
- “Tutor”, Addiction Department of Veneto’s Local Health Unit n. 9 (Verona);
- “What’s Up” Addiction Department of Veneto’s Local Health Unit n. 3 (Venice) & “Titoli Minori” No Profit Social Cooperative from Chioggia (Venice).

The primary objective of this initiative is to promote awareness, especially among the youngest, of the risks involved in the abuse of alcoholic beverages and substances.

The other objectives were to delay people who tested high levels at alcohol by offering water to hydrate and suggesting waiting before driving.

Also, the initiatives aimed to intercept young people among whom alcohol use or abuse was already problematic and suggest referral to specialized services.

Prevention activities are carried out on the road with mobile units that were visited by thousands of people, from adolescents to adults, in different nightlife settings such as discos, pubs, beer festivals, and more.

A Go-Card, which is a card with a personal anonymous identification code composed of the initials of the project and a numerical progressive code, was issued to each respondent.

This allowed for the identification of the subject also in different venues and situations where the various Safe Night projects work. This enables the collection of longitudinal data.

The users, who showed up voluntarily, were asked to perform an alcohol test (breathalyser device), to fill out a form to investigate alcohol use and abuse behaviour, and to answer a questionnaire about drinking habits (Figure 1).

The questionnaire was presented via an electronic device, while an educator assisted the participant while responding.

The educator was present to explain the various questions and clarify any doubts for the respondent.

We consider drunkenness episodes declared at the questionnaire as binge drinking episodes.

The results of our survey were compared to those of the annual report issued by the Italian Health Ministry on alcohol-related problems elaborated with the scientific support of the ISS and the Italian National Institute of Statistics and to those of the Integrated Multi-purpose Research System on families by ISTAT (2019) [1].

ISTAT produces databases regarding daily life, including health. In these reports, the habits of alcohol consumption and abuse are estimated on the basis of ISTAT age ranges.

Data were analysed with RStudio for Windows (version 3.6.1) software.

Results

Demography

There were 35,882 respondents who completed 41,875 questionnaires during the different nightlife settings using their “Go-Card” between the years of 2008 and 2018.

The sample consists in 6,898 females (19.22%) and 28,956 males (80.70%), with a 0.08% of users with unspecified gender (28 subjects).

The mean age at the first completion of the questionnaire was 27.45 ± 11.15 years (median = 24 years, min = 11 years, max = 79 years).

Most of the sample (88.48%) declared to live in Veneto and, concerning their level of education, the majority of our sample had a higher school diploma (47.7%), 28.6% a junior high school diploma, while 13.3% had a university degree.

The females in the study indicated a higher level of education.

The majority of the respondents declared to work (53.7% female, 63.5% male) whereas 30.8% studied (34.7% female, 25.8% male; of these, 3.3% were student workers). 4.5% were unemployed, 2.3% retired, 0.2% were in military service, and 0.6% declared other professions.

Fig. 1 - Habits Drinking Questionnaire

Date	Progressive Code					
Drinking patterns self esteem						
How do you consider your alcohol intake?	Low	Middle	High			
How many units of these alcoholic types did you take tonight?	bier unit n	wine unit n	spirits unit n	cocktail n	aperitif unit n	
Do you get drunk never?	age at first alcoholic drink	age at first drunkenness	drunkenness number per month	drunkenness number per year		
How many minutes are passed from last drink?						
Self esteem of alcoholhaemic value		0-0,20 g/l	0,21-0,50 g/l	0,51-0,80 g/l	0,81-1,50 g/l	> 1,50 g/l
Alcoholhaemic value at the alcohol test Drive		g/l				
behavior/pattern						
What type of license do you have?	only-scooter-license	car drive license	new-license (first three years)	nothing		
Number of license withdrawal						
If you've just drunk...	Will you drive always?	Will you wait?	Another people will drive?	Won't you use car or motorbike?		
Anagraphic data	year of birth	gender: female, male	occupation: employed, student, unemployed	educational: elementary, intermediate, high school, university degree		

Tab. 1 - Distribution of gender and age category of respondents with no missing date of birth

	Female		Male		Total	
	N	% Column	N	% Column	N	% Column
Age category						
< 14	5	0.1	23	0.1	28	0.1
14-15	100	1.5	372	1.3	472	1.3
16-17	434	6.4	1834	6.5	2268	6.5
18-20	1354	20.0	5428	19.2	6782	19.3
21-24	1735	25.7	6496	23.0	8231	23.5
25-29	1351	20.0	5076	17.9	6427	18.3
30-34	689	10.2	2923	10.3	3612	10.3
35-49	837	12.4	4217	14.9	5054	14.4
> 50	251	3.7	1935	6.8	2186	6.2
Total	6756	100.0	28304	100.0	35060	100.0

Tab. 2 - Distribution of educational level by gender of respondents with no missing data

	Female		Male		Total	
	N	%	N	%	N	%
Educational level						
Elementary	85	1.2	662	2.3	747	2.1
Secondary	1513	22.1	8657	30.1	10170	28.6
Professional school	391	5.7	2550	8.9	2941	8.3
High school	3480	50.8	13504	47.0	16984	47.7
Graduation	1382	20.2	3347	11.7	4729	13.3
Total	6551	100.0	28720	100.0	35271	100.0

Patterns of alcohol use

The episodes of drunkenness in our sample were assimilated to episodes of binge drinking in order to utilize the data available in the ISTAT database, despite the fact that drunkenness, unlike binge drinking, involves a subjective evaluation of the effect.

In our sample the mean age of the first contact with alcoholic beverages was 14.86 ± 15.67 years with small gender differences.

Female first contact occurred at 15.26 ± 3.51 years.

Males began slightly earlier at 14.76 ± 17.38 years.

Users declared their first drunkenness episode approximately one year after the first alcohol experience (females at 16.54 ± 4.32 years; males at 15.90 ± 9.72 years).

31.1% of the respondents affirmed they had been intoxicated less than once a year, 31.9% 1-11 times per year, 20.6% 1-2 times a month and 16.3% over 3 times a month.

It also emerged that females are less likely to exaggerate with alcohol consumption than males.

The majority (76.36%) of those who had at least one episode of drunkenness per month belong to the 18-29 age group.

In the age range between 18 and 24 years, 77.89% of the interviewed were female and 79.37% were male.

The ISTAT data, instead, reported percentages of Italian binge drinkers in the whole population equal to 3.9% in females and 11.4% in males; while in the same age group these were 22.1% and 14.3%, respectively.

Participants were asked to rate their alcohol consumption as low, medium, or high and 42.4% of them evaluated themselves as low alcohol consumers, while 47.7% as medium alcohol consumers, and 9.9% rated their alcohol consumption as high.

There appears to be a gap between this self-evaluation and self-reported drunkenness episodes. Indeed, 32% of the whole sample declared to get drunk from 1 to 11 times a year and 35.11% from 1 to 8 or more times a month.

Tab. 3 - Distribution of number of alcohol intoxication by gender

	Female		Male		Total	
	N	%	N	%	N	%
Drunkness						
< 1/year	2074	32.2	8488	30.9	10562	31.1
1-5/year	2031	31.5	7004	25.5	9035	26.6
6-11/year	372	5.1	1471	5.4	1798	5.3
1-2/month	1175	18.2	5811	21.1	6986	20.6
3-4 /month	602	9.3	3060	11.1	3662	10.8
5-8/month	155	2.4	1047	3.8	1202	3.5
> 8 month	76	1.2	598	2.2	674	2.0
Total	6440	100.0	27479	100.0	33919	100.0

Tab. 4 - Distribution of class age and drunkenness episode

Age category	Drunkness															
	< 1/year		1-5/year		6-11/year		1-2/month		3-4/month		5-8/month		> 8 month		Total	
	N	%Line	N	%Line	N	%Line	N	%Line	N	%Line	N	%Line	N	%Line	N	%Line
< 14	18	64.30	6	21.40	0	0.00	2	7.1	2	7.10	0	0.00	0	0.00	28	100.0
14-15	271	58.70	77	16.70	20	4.30	52	11.3	26	5.60	11	2.40	5	1.10	462	100.0
16-17	1042	47.40	369	16.80	85	3.90	383	17.4	218	9.90	75	3.40	27	1.20	2199	100.0
18-20	1530	23.30	1499	22.80	416	6.30	1645	25.0	986	15.00	332	5.10	163	2.50	6571	100.0
21-24	1501	19.00	2141	27.00	493	6.20	2065	26.1	1088	13.70	408	5.20	219	2.80	7915	100.0
25-29	1319	21.40	1946	31.60	364	5.90	1444	23.5	742	12.10	214	3.50	127	2.10	6156	100.0
30-34	993	28.70	1161	33.60	187	5.40	672	19.4	299	8.60	81	2.30	66	1.90	3459	100.0
35-49	2168	46.50	1399	30.00	179	3.80	574	12.3	232	5.00	56	1.20	54	1.20	4662	100.0
> 50	1450	79.20	270	14.70	25	1.40	54	2.9	16	0.90	9	0.50	7	0.40	1831	100.0
Total	10292	30.92	8868	26.64	1769	5.32	6891	20.7	3609	10.84	1186	3.56	668	2.01	33283	100.0

The alcohol levels detected by breath analyser were the following: 0-20 gr/L in 33.2%, 0.21-0.50 gr/L in 23.0%, 0.51 – 0.80 gr/L in 17.2%, 0.81-1.50 gr/L in 21.5%, > 1.50 gr/L in 5.1%.

Driving license and driving behaviour

The majority (78.6%) of the people interviewed had a class B driving licence (for car) or superior, 8.9% had a class.

A licence (for motorcycles), 9.1% had a scooter licence, and 3.3% of the sample stated to not have a licence. 5.9% of the sample had experienced at least one licence withdrawal (1.6% of the females, 6.8% of the males) but, comparing the alcohol levels with the driver's licence withdrawals, it was observed that the alcohol level tends to be higher in those who had already experienced a licence withdrawal.

Considering the Prevention Mobile Units, alcohol test results and the behaviour of people with an alcohol level above the legal limits for driving show that there is an alarming percentage of risky behaviour; people who did not have to drive afterwards were excluded from these results.

Indeed, 8.95% of people with an alcohol level above the legal threshold (0.5 grams/litre of blood) declared that they would drive, while the 18.34% stated their intent to wait before driving.

It was not clear, however, if the waiting time would be enough to metabolize the alcohol.

Discussion

The general objective of the research presented here is to conduct a descriptive study of the demographic, social and behavioural characteristics of the party-goers seen at the "Safe Night" Mobile Units for Risk Reduction in the Italian Veneto Region, an ensemble of prevention projects. A further aim is to compare the alcohol abuse patterns of party-goers to the same aged general population and to confirm, or not, the necessity of risk reduction activities.

In fact, special attention has been placed on party-goers in international literature as a category at risk of dangerous conduct [12]. In this sense, prevention interventions have been planned for years with the aim of both studying the type of population who partake in nightlife pursuits and dysfunctional conducts as well as informing the population of the associated risks [3].

The party-goers who have been screened at Safe Night Mobile Units were mostly young, between 18 and 30 years of age and, in 80% of cases were male with first alcohol use at 15 years of age, and a first drunkenness episode one year later.

Almost half of the sample (47.7%) had a higher school diploma, followed by those with a junior school qualification (28.6%) and, finally, those with university qualifications (13.3%).

The sample was mainly made up of workers (61.8%) and students (30.8%), where 78.6% declared possessing a B class driving licence. In our sample, 19.21% of the alcohol users reported to get drunk

Tab. 5 - Distribution of license withdrawal and actual alcohol value

	Alcohol level					Total
	0-0.20	0.21-0.50	0.51-0.80	0.81-1.50	> 1.50	
License withdrawal						
None						
N	10820	7145	5112	6108	1349	30534
% Line	35.4	23.4	16.7	20.0	4.4	100.0
Yes						
N	459	409	419	697	273	2257
% Line	20.3	18.1	18.6	30.9	12.1	100.0
Total						
N	11279	7554	5531	6805	1622	32791
% Line	34.0%	23.0%	17.0%	21.0%	5.0%	100.0%

1-2 times a month, 10.06% affirmed to get drunk 3-4 times a month, presumably coinciding with the weekend, and 5.17% of the sample declared they got drunk a minimum of 5 times a month.

It emerges that more risky behaviours tend to be assumed by males. The most critical age group seems to be between 18 and 29 years old with a higher percentage of systematic drunkenness, one or more time per week, detected between 18 and 20 years of age (7.74%) and between 21 and 24 years of age (5.53%).

In the report issued by the Italian Health Ministry on alcohol related problems elaborated with the scientific support of the ISS and the Italian National Institute of Statistic [1, 4], 14.3% of females and 22.1% of males aged between 18 and 24 years in the general population had at least one episode of binge drinking per year while in our sample the percentage was 77.89% and 79.37%, respectively. The percentage in our sample appears dramatically higher. Furthermore, the gap between males and females in our results is lower than in the ISTAT general population data. Furthermore, ISTAT data reported an average of 14.8% of male and 4.7% of female with binge drinking behaviours in the general population of the Veneto Region, while we found at least one drunkenness episode per year in 52.08% of males and 11.99% of females.

Clearly, our sample of party-goers who were seen at the Risk Reduction Mobile Units had a higher percentage of drunkenness than the binge drinkers in the ISTAT survey, particularly in young people.

5.9% of the sample had lost their licence at least once; a percentage represented more by males. People previously disqualified for drunk-driving resulting in a licence withdrawal had an alcohol level above the legal threshold in 61.54% of the interviewees, while people who had never been disqualified were over the limit in 41.16% of cases.

Conclusions

The data presented here show an alarming pattern that may be alleviated continuing to propose interventions for the prevention of alcohol abuse in nightlife settings, focusing the efforts on the 18-29 age group without neglecting the proportion of minors.

However, this study has some limits, such as the voluntary basis of subject inclusion and the self-assessments of the questionnaires.

Further research is required in order to confirm these results and address the best actions to reduce the harm related to binge drinking in young party-goers.

Acknowledgments

Veneto Region of Italy, Health and Social Policy Administration

References

- Herring R., Bayley M., Hurcombe R. (2014). "But no one told me it's okay to not drink": a qualitative study of young people who drink little or no alcohol. *Journal of Substance Use*, 19(1-2): 95-102.
- Hughes K., Quigg Z., Eckley L., Bellis M., Jones L., Calafat A., Kosir M., van Hasselt N. (2011). Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: the evidence base for European intervention. *Addiction*, 106(Suppl. 1): 37-46. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03316.x.
- ISTAT, Institution & Society, Health Statistics. *Il consumo di alcol in Italia*, 2019. Available from: www.istat.it/it/archivio/244222.
- Italian Health Ministry (2022). Annual report on alcohol related problems. Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 in materia di alcol e problemi alcol correlati: 2021. Available from: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=3202&lingua=italiano.
- Labhart F., Anderson K.G., Kuntsche E. (2017). The Spirit Is Willing, But the Flesh is Weak: Why Young People Drink More Than Intended on Weekend Nights-An Event-Level Study. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 41(11): 1961-1969. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/14659891.2012.740138>.
- Labhart F., Graham K., Wells S., Kuntsche E. (2013). Drinking before going to licensed premises: an event-level analysis of predrinking, alcohol consumption, and adverse outcomes. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 37(2): 284-291.
- MacArthur G.J., Jacob N., Pound P., Hickman M., Campbell R. (2017). Among friends: a qualitative exploration of the role of peers in young people's alcohol use using Bourdieu's concepts of habitus, field and capital. *Sociology of Health & Illness*, 39: 30-46.
- Santos M.G., Paes A.T., Sanudo A., Andreoni S., Sanchez Z.M. (2015). Gender Differences in Predrinking Behavior Among Nightclubs' Patrons. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 39(7): 1243-1252. Available from: <https://doi.org/10.1111/acer.12756>.
- Stanesby O., Labhart F., Dietze P., Wright C., Kuntsche E. (2019). The contexts of heavy drinking: A systematic review of the combinations of context-related factors associated with heavy drinking occasions. *PloS one*, 14(7), e0218465.
- WHO (2019). *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) - (2014-2016)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization.

Percorsi di cura per il disturbo da uso di alcol: il modello integrato sanitario e riabilitativo

L'esperienza di Parma: il trattamento residenziale alcologico intensivo breve integrato con il ricovero in ambito sanitario

Giuseppe Fertoni Affini*, Cristina Giuffredi**

Introduzione

I programmi residenziali brevi sono rivolti a soggetti nei quali il disturbo da uso di alcol (American Psychiatric Association – DSM-5-TR-2022) non ha ancora determinato un grave deterioramento sociale e personale, pazienti con ancora un discreto funzionamento lavorativo e socio/familiare, una accettabile capacità di gestire la propria vita e una buona consapevolezza.

Anche per l'eventuale comorbidità psichiatrica non è la diagnosi codificata (valutazione categoriale) a fare la differenza ma la capacità di autonomia personale e di funzionamento relazionale (valutazione dimensionale).

Normalmente l'avvio al percorso residenziale breve è anticipato da un ricovero in ambito sanitario per gestire i sintomi astinenziali e stabilizzare il "craving".

Il primo obiettivo è quello di ridurre i tempi di degenza in modo da poter continuare il percorso riabilitativo in un ambiente arricchito e più stimolante.

Nel percorso riabilitativo è prevista una fase di valutazione psichiatrica e di messa a punto della farmacoterapia.

La diagnosi si pone dopo aver indagato la storia e le caratteristiche della dipendenza, gli aspetti organici, la condizione psicologica/psichiatrica e la vita sociale/familiare (Greenfield, 2006).

La centralità dei programmi residenziali brevi è quello di "acquisizione di strumenti" per fornire al paziente strategie personali e sociali che gli consentano di affrontare i problemi, le fragilità emotive, le situazioni a rischio senza ricorrere alla modulazione con sostanze alcoliche (Hinnenthal, 2006).

1. Il trattamento residenziale alcologico intensivo breve a Parma

Il Trattamento Residenziale Alcologico Intensivo Breve è inserito all'interno dell'Accordo Locale e Contrattuale relativo a prestazioni da erogare in favore di persone dipendenti da sostanze d'abuso assistite dall'AUSL di Parma (accordo locale contrattuale relativo alle prestazioni da erogare in favore di

* Responsabile UOS di Alcologia. DAISM-DP Parma (Az USL di Parma).

** Consulente Gruppo CEIS. Referente del Programma Alcologico Intensivo Breve.

persone dipendenti da sostanze di abuso assistite dall'azienda USL di Parma 2020-2022).

La caratteristica del trattamento residenziale breve è di associare in modo consequenziale e integrato il ricovero in ambito sanitario (Ospedale Privato Accreditato "Maria Luigia" o altra Casa di Cura) e l'ingresso nel modulo residenziale Alcologico Intensivo Breve (durata di 30-60 giorni) della Comunità l'Airone del Gruppo Ceis.

Il target è riferito a utenti in fase di scompenso psico-fisico da abuso o dipendenza alcolica che abbiano mantenuto le proprie risorse personali nei diversi contesti (lavoro, rete familiare e sociale, sufficiente stabilità economica) ed utenti per i quali vi sia un riconoscimento condiviso di consapevolezza e capacità operative tale da orientare ad una riattivazione delle risorse personali.

Gli obiettivi sono divisi in due fasi consequenziali: la disintossicazione e la stabilizzazione del quadro psico-fisico in ambito sanitario ed il successivo consolidamento dell'astensione, insieme alla protezione ed accompagnamento finalizzati al mantenimento delle risorse personali residue all'interno del percorso intensivo breve.

Così strutturato, il percorso si prefigge di coniugare in un lasso di tempo breve il bisogno di contenimento e la necessità di stimolare la consapevolezza e autonomia della persona.

2. Inquadramento diagnostico e interventi

Gli strumenti utilizzati sono l'inquadramento diagnostico per area (uso di sostanze, somatica/organica, psicologica/psichiatrica, sociale/familiare, motivazionale); interventi di motivazione al cambiamento/analisi funzionale e prevenzione della ricaduta sia individuale che di gruppo; interventi di sblocco emotivo e di regolazione emozionale; tipizzazione e farmacoterapia del "craving"; coinvolgimento della famiglia e contatto con gruppi di auto-mutuo-aiuto territoriali.

3. Analisi funzionale e motivazione al cambiamento

L'analisi funzionale è uno strumento che aiuta l'operatore e il paziente a comprendere e quindi a diventare consapevole dei propri comportamenti d'uso.

Partendo dal presupposto che ogni comportamento nasce come strategia “adattiva”, ossia rappresenta la migliore risposta che in quel momento l’individuo è in grado di attuare.

La comprensione della funzione dell’uso di sostanze è il presupposto per la ricerca di strumenti personali migliori.

Nell’analisi funzionale si scompongono i processi secondo il presupposto che ogni comportamento è elicitato da antecedenti e rinforzato da conseguenti (Kelly, 1955).

4. Prevenzione della ricaduta

La prevenzione della ricaduta prevede l’individuazione delle personali situazioni ad alto rischio di ricaduta come stati emotivi negativi e positivi, pressioni socio-lavorative, conflitti interpersonali, contesti, verifica dell’autocontrollo, uso di altre sostanze, condizioni psico-fisiche negative e acquisizione di strategie di fronteggiamento (Marlat, 1988).

Un aspetto fondamentale è la gestione del “craving” nella prevenzione della ricaduta che coinvolge lo sviluppo di abilità personali ma anche la possibilità di utilizzare approcci psicofarmacologici (Carol, 2001).

5. Interventi di sblocco emotivo e regolazione emozionale

Situazioni di “congelamento emotivo” sono molto frequenti nei pazienti con disturbo da uso di alcol.

La sostanza è spesso assunta per “agire senza sentire”.

La condizione di astensione dall’alcol coincide con la graduale capacità di riprendere a sentire e gestire le emozioni.

Una modalità di favorire questo processo è quella di entrare in contatto con le emozioni attraverso il corpo (Bertelè, 1995).

Conseguentemente allo scongelamento delle emozioni è necessario acquisire strumenti di gestione alternativi all’uso di sostanze.

In questa fase emergono ricordi e vissuti traumatici che hanno necessità di essere gestiti con colloqui psicologici e supporto psicofarmacologico.

6. La gestione del “craving” nella prevenzione della ricaduta

Il “craving”, ovvero il desiderio di alcol, è una componente centrale nel processo di ricaduta.

Si tratta di un processo emotivamente impegnativo che coinvolge la mente e il corpo.

Pone il paziente in un atteggiamento non più collaborativo con un netto distacco emotivo.

Il “craving” prende origini dalle zone più ancestrali del nostro sistema nervoso centrale e non deve essere confuso con i sintomi astinenziali.

Il modello psicobiologico (Verheul, 1999) è quello che ci descrive meglio le alterazioni neurochimiche scomponendo il “craving” in vari sottotipi clinici: il desiderio per la ricompensa che sottotende un’alterazione del sistema dopaminergico/oppiodergico, desiderio per ridurre la tensione con alterazione

del sistema gabaergico/glutammatergico, desiderio ossessivo/compulsivo con alterazione del sistema serotoninergico.

Ogni sottotipo di “craving” può essere gestito con supporto psicofarmacologiche mirato.

La tipizzazione e il monitoraggio del “craving” viene effettuata con il questionario (CTQ: Craving Typology Questionnaire) (Cuneyt, 2016).

7. Facilitazione all’auto-aiuto

Strategica è la facilitazione ai gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA).

Alcolisti Anonimi (AA), Familiari di Alcolisti Anonimo (Al-Anon), Club Alcolico Territoriale (ACAT) condividono i principi fondanti del “self-help” di reciprocità e mutualità in una condivisione tra pari del problema alcol.

Alcuni studi (Humphreys, 2003) evidenziano un miglioramento del funzionamento sociale e maggiore autoefficacia, riduzione dei costi sanitari e dell’utilizzo dei Servizi, garantiscono un sostegno e una continuità dei percorsi (“continuing care”), miglioramento degli esiti nei trattamenti combinati professionale e non professionale (Connors, 2001).

8. Programma “AFTERCARE”

Il punto di forza del programma alcolico intensivo breve è sulla progettazione dell’“aftercare”: il coinvolgimento della rete familiare e sociale, l’attivazione dei gruppi di auto mutuo aiuto territoriali, i rapporti con il Ser.D. inviante e il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale.

La partecipazione della rete familiare ai momenti del percorso è fondamentale per rimodulare le relazioni e progettare l’uscita dalla struttura (accompagnamento all’ingresso, partecipazione al gruppo Multifamiliare ed al seminario di educazione alla salute in Comunità e frequentazione di un gruppo AMA territoriale).

9. Organizzazione del trattamento residenziale breve alcolico

Gli ingressi e le dimissioni sono calendarizzati in accordo con i Servizi Alcolici invianti, i primi con passaggio diretto dal reparto ospedaliero o struttura sanitaria alla Comunità; le dimissioni con calendario concordato di controlli ambulatoriali e incontri ai gruppi AMA.

Nella fase di pre-ingresso vengono effettuali 1-2 colloqui di conoscenza con il paziente, in presenza o in modalità da remoto, con la partecipazione degli operatori referenti (Servizi Alcolici e comunità) e la famiglia.

È in questa fase che le figure coinvolte nel progetto, ovvero utente, familiari ed equipe di riferimento sottoscrivono il “Contratto di Cura”.

Nel contratto vengono esplicitati: gli obiettivi, gli impegni assunti dall’utente-rete familiare-équipe di riferimento, aspetti legati ad eventuale accesso presso altri servizi, comportamenti non ammessi, piano della crisi (vedi allegato 1).

Sempre in questa fase viene compilata la scheda sinottica del modulo alcologico intensivo breve che riassume l'intero percorso e viene compilata al momento della condivisione del contratto di cura. Verrà inoltre esplicitato il programma di trattamento durante la permanenza nel modulo residenziale alcologico intensivo breve.

La verifica con gli operatori della UOS di Alcologia inviata verrà effettuata al 15/30 giorno e fine percorso (60 giorno).

Vengono monitorati i seguenti indicatori di esito:

- a) adesione al percorso completo;
- b) attivazione dell'“aftercare” (reinvio al SerD, rapporto con gruppo di Auto Mutuo Aiuto e con MMG).

Il presente articolo riporta infine (Tabella 1) i dati attività del progetto dall'avvio.

10. Trattamento residenziale alcologico intensivo breve: dati di attività marzo 2021-agosto 2023

La Tabella 1 riporta i dati utenza dall'apertura del progetto al 31 agosto c.a.

Nelle colonne vengono segnalate i casi con un numero, l'età, il genere, la data d'ingresso ed uscita dalla comunità, la relativa durata in giorni del percorso e la sostanza di abuso.

Nella colonna “motivo” viene indicato se il programma è stato concluso nei tempi previsti dal Contratto di Cura oppure se la persona ha abbandonato prima del termine.

La colonna “adesione” indica la qualità della partecipazione al percorso: buona, discreta e scarsa. Questa valutazione comprende tutti gli aspetti della vita comunitaria, focalizzandosi in particolare sulla partecipazione attiva ai gruppi terapeutici, alla modalità di relazione con gli altri residenti ed all'impegno nella vita comunitaria (lavori al piano, gestione del tempo libero, contributi e capacità di ascolto nei momenti di gruppo allargati come l'incontro del mattino e della sera e le riunioni straordinarie).

La colonna “invio” segnala se la persona ha accettato di proseguire la frequentazione dei gruppi di auto aiuto territoriali (AA e CAT) dopo la fine della permanenza in comunità.

La colonna di “follow-up” riferisce la situazione della persona al 31 agosto c.a.

Dalla tabella 1 si evince che 8 utenti su 12 hanno terminato il percorso con una buona/discreta adesione.

La messa a punto dell'“aftercare” ha funzionato creando in tal modo una buona connessione con la rete alcologica territoriale. Naturalmente i casi sono ancora pochi e va implementato il campione. Inoltre andrebbe indagato l'impatto dei costi socio-sanitari e il funzionamento socio-lavorativo confrontando percorsi residenziali tradizionali e percorsi intensivi brevi con anche le degenze medie effettuate in regime di ricovero sanitario.

Osservazioni conclusive

I programmi residenziali alcologici brevi integrati con interventi sanitari di detossificazione e stabilizzazione del “craving” presentano vantaggi in termini di costi/benefici.

La riduzione dei tempi di degenza rappresenta un importante vantaggio sia per la possibilità di abbattere le liste di attesa per i ricoveri sia per iniziare un percorso riabilitativo alcologico mirato in ambienti più stimolanti e arricchiti.

Il percorso residenziale ha la caratteristica di essere dedicato e specifico per il disturbo da uso di alcol e articolarsi in modo intensivo.

L'opportunità di pianificare un “continuum” con il territorio dopo il percorso residenziale ci mette nelle condizioni di implementare la rete alcologica di sostegno; permette inoltre una forte integrazione fra Servizio Sanitario Pubblico, Terzo Settore e Gruppi AMA.

Alcuni studi evidenziano una maggiore efficacia degli interventi in cui l'integrazione fra residenziale e territoriale è pianificata in un processo di continuità (McKay, 2002).

Studi sugli esiti di questi interventi nel medio e lungo termine sul funzionamento socio-relazionale-lavorativo sarebbero importanti per rimodulare e migliorare la risposta terapeutica per i disturbi da uso di alcol.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2022). *DSM-5-TR – Task Force*.
- Bertelè L. (1995). *Il tuo corpo ti parla*. Milano: Baldini e Castoldi Dalai.
- Carol K.M. (2001). *Il trattamento della dipendenza da cocaina*, NIDA. Tr. it. Consoli A. (a cura di). Torino: Centro Scientifico Editore.
- Connors G.J., Tonigan J.S., Miller W.R. (2001). A longitudinal model of intake symptomatology. A participation and outcome: retrospective study of the Project MATCH outpatient and aftercare samples. *J. Stud. Alcohol*, 62: 817-25.
- Cuneyt E. et al. Validation Study of the Craving Typology Questionnaire (CTQ) in male Alcohol-Dependent Patients. *Journal of Psychiatry and Neurological Science*: 219-228.
- Greenfield S.F., Hennesy G. (2006). *Valutazione del paziente in trattamento per disturbi da sostanze*. Manuale dell'American Psychiatric Publishing. Seconda edizione Galanter M. Kleber HD (Milano): Masson, pp. 101-18.
- Hinnenthal I., Manera E., Gallo S. et al. (2006). *Trattamento residenziale: un approccio emotivo e cognitivo-comportamentale*. Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, Progetto START del dipartimento nazionale per le politiche antidroga. Vago di Lagno (VR): La grafica, pp. 385-98.
- Humphreys K., Wing S., McCarty D. (2003). Self-help organization for alcohol and drug problems: towards evidence-based practice and policy. Workgroup on Substance Abuse Self-Help Organizations.
- Kelly G.A. (1955). *La psicologia dei costrutti personali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Marlat G.A., Barrell K. (1998). La prevenzione delle ricadute: In: Galanter M., Kleber H.D. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Milano: Masson.
- McKay J.R., Donovan D.M., McLellan T. et al. (2002). Evaluation of full vs partial continuum of care in the treatment of publicly funded substance abusers in Washington state. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 28: 307-38.
- Verheul R., Van Den Brink W., Geerlings P. (1999). A three pathways psychological model of craving for alcohol. *Alcohol Alcohol*, 34: 197-222.

Allegato 1. Contratto di cura

Diagnosi	diagnosi e problematiche principali
Obiettivi	disintossicazione in ambito sanitario
	inserimento in comunità per la gestione delle problematiche alcol correlate data della prima verifica programmazione della rete di sostegno dopo il percorso data verifica fine residenzialità
Impegni	<p>dell'utente durante il periodo di disintossicazione durante la permanenza in comunità: partecipare attivamente al percorso terapeutico rispettando regole, ritmi, attività, prescrizioni farmacologiche e psicoeducative partecipare ai gruppi di auto aiuto di appartenenza o territoriali (AA, CAT) mantenere il rapporto con il proprio medico curante mantenere i rapporti con il proprio SerD di appartenenza</p> <p>dell'équipe di riferimento calendarizzazione verifiche in residenzialità e successive predisposizione della prosecuzione del programma di cura dopo la residenzialità (rete alcologica territoriale)</p> <p>dei familiari (o figure significative) accompagnare il loro familiare il giorno del ricovero in casa di cura ed il giorno dell'ingresso in comunità accompagnare il loro familiare ai gruppi di auto aiuto territoriali o di appartenenza e partecipare ad essi (AA, CAT, Alanon) partecipare attivamente al percorso terapeutico per quanto si prevede per loro</p>
Piano delle crisi	<p>impegni dell'utente: accettare il contenimento da parte degli educatori</p> <p>interventi dell'équipe di riferimento: colloquio con l'utente e attivazione strategie di contenimento predisposizione terapia farmacologica ed eventuale ricovero ospedaliero</p> <p>ruolo dei familiari: supportare l'operato dell'équipe di riferimento</p>

Sottoscrivono il presente contratto di cura:

Data:

Tab. 1

Casi	Età	Genere	Sostanza	Ingresso	Uscita	Motivo	Durata	Adesione	Invio	Follow-up
1	50	f	Alcol cocaina	24/03/21	16/04/21	termine	23	discreta		astinente, controlli UOS di Alcologia
2	33	f	Alcol	15/04/21	03/06/21	termine	49	discreta	CAT	astinente, controlli UOS di Alcologia, frequenza discontinua CAT
3	53	f	Alcol	19/04/21	24/04/21	abbandono	5	scarsa		astinente
4	59	f	Alcol	28/04/21	28/06/21	termine	61	buona	CAT	astinente, controlli UOS di Alcologia, frequenta CAT
5	57	f	Alcol	20/05/21	21/06/21	termine	32	buona	AA	astinente, controlli UOS di Alcologia, frequenta AA
6	32	m	Alcol	03/06/21	25/06/21	abbandono	22	discreta	CAT	ricaduto
7	64	m	Alcol cocaina	16/06/21	25/06/21	abbandono	9	scarsa	AA	astinente, controlli UOS di Alcologia
8	30	m	Alcol cocaina	30/08/21	28/09/21	termine	30	buona	AA	astinente, controlli UOS di Alcologia
9	46	m	Alcol	23/08/22	06/10/22	termine	44	discreta	AA	astinente, controlli UOS di Alcologia
10	42	m	Alcol	14/03/23	14/04/23	termine	31	buona	CAT	astinente, controlli UOS di Alcologia
11	39	f	Alcol	12/04/23	12/06/23	termine	31	buona	AA	Astinente, controlli UOS di Alcologia
12	35	m	Alcol	09/08/23	11/08/23	abbandono	2	scarsa	AA	ricaduto

That's alcol. Un approccio psicoeducativo di gruppo

Jessica Rigon, Alice Tono, Luigina Seno, Orghe Pertegato, Ermanno Margutti*

Introduzione

Razionale

Il gruppo denominato "That's Alcol" nasce da una esigenza di Servizio in risposta alla richiesta di supporto psicologico per gli utenti con DUA e in forza alle risorse del personale presenti.

Si è proposto un percorso alternativo al trattamento individuale, attraverso un'esperienza di gruppo, facendo riferimento al "Modello Transteorico del Cambiamento" di Prochaska e Di Clemente (Prochaska e Di Clemente, 1982) e alla teoria della consapevolezza di Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 1994) che ha sviluppato il concetto di Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR).

Secondo la prima teoria, il processo di cambiamento della motivazione avviene attraverso diversi stadi, in modo graduale e non sempre lineare; le persone possono tornare a stadi precedenti, specie durante situazioni stressanti o difficili.

Il modello fornisce strategie specifiche mirate al passaggio tra i vari stadi.

La seconda, invece, è un approccio che integra pratiche di consapevolezza e meditazione nella gestione dello stress e nel miglioramento del benessere psicofisico; promuove un approccio alla vita basato sulla consapevolezza, l'attenzione al momento presente e un atteggiamento non giudicante.

In riferimento al DUA, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nella settimana europea di prevenzione sui danni alcol-correlati del 2020, ha presentato il manuale *Handbook for action to reduce alcohol-related harm* (Scafato *et al.*, 2017).

Questo manuale sottolinea che l'alcol è responsabile del 6.5% di tutti i decessi e del quasi 12% degli anni persi a causa di disabilità o morte prematura.

L'alcol rappresenta il terzo fattore di rischio per la salute nell'Unione Europea, dopo il fumo.

Il manuale evidenzia anche i costi economici legati ai danni correlati all'alcol, stimati in 125 miliardi di euro.

Questo include spese per assistenza sanitaria e gestione della criminalità, oltre a costi legati alla mancata produttività a causa di assenteismo, disoccupazione e morti premature.

* UOS Ser.D AULSS 3 Serenissima Venezia-Chioggia.

Tali premesse per sottolineare l'importanza della cura e della prevenzione alla ricaduta.

È fondamentale comprendere i rischi delle ricadute e condividere strategie preventive, al fine di rafforzare il processo di cambiamento.

Una recente revisione sistematica della letteratura di Livingstone e collaboratori (Livingstone *et al.*, 2022) riporta e sostiene l'importanza degli interventi psicologici finalizzati al trattamento delle problematiche alcol correlate.

Le raccomandazioni di questo articolo sono a favore dell'implementazione futura e dello sviluppo di interventi, specie di tipo psicologico, per migliorare la presa in carico post-acuzie di pazienti con DUA anche con le finalità di prevenire le ricadute.

Obiettivi

Obiettivo generale

Fornire un intervento psicoeducativo di gruppo sulle problematiche alcol.

Obiettivi specifici

1. Orientare e sostenere la persona nel suo percorso al cambiamento;
2. rafforzare le strategie per prevenire le ricadute;
3. facilitare la socializzazione e il confronto;
4. favorire l'invio ai gruppi di Auto Mutuo Aiuto del territorio.

Materiali e metodi

Criteri di inclusione

Sono stati inclusi gli utenti adulti, afferenti al Ser.D. di Venezia, di età superiore ai 18 aa, con diagnosi DUA, in astensione.

Criteri di esclusione

Sono stati esclusi gli utenti in uso attivo di sostanze alcoliche, al momento del reclutamento.

Campione

Nella fase del reclutamento sono stati contattati tutti gli utenti con DUA, in astensione, del Ser.D. di Vene-

zia che hanno fatto richiesta di un sostegno psicologico individuale.

Il gruppo definitivo era composto da 7 utenti.

Descrizione campione

7 adulti (N = 7), 4 M e 3 F; età media 47 aa (in un range di età compreso tra 31 e 63 aa) con un tempo di astensione compreso tra 1 mese e 3 anni.

3 in trattamento avversivante.

Tutti con diagnosi DUA; 3 in doppia diagnosi.

Descrizione attività

È stato proposto un intervento psicoeducativo di gruppo, a numero chiuso.

I partecipanti hanno fornito il consenso informato.

È stato effettuato un primo incontro di presentazione del percorso di gruppo.

Sono seguiti poi 8 incontri, a cadenza quindicinale, della durata di un'ora e mezza ciascuno.

Ogni incontro ha previsto specifiche e dettagliate attività con discussione in gruppo, esercizi di mindfulness, abilità pratiche per affrontare situazioni ad alto rischio e sviluppare strategie per evitare le ricadute.

Al termine di ogni incontro venivano assegnate delle esercitazioni da svolgere a casa.

Gli argomenti specifici affrontati sono: la motivazione; i rischi alcol-correlati; la dipendenza; la neuroplasticità; i benefici di non bere, incontro con servitore insegnante del gruppo ACAT; prevenire le ricadute; riconoscere situazioni potenzialmente a rischio; stimolare/promuovere strategie alternative di prevenzione alla ricaduta; chiusura del gruppo e programmazione follow-up.

Valutazione iniziale

È stato somministrato il questionario CBA-VE (Cognitive Behavioural Assessment - Valutazione di esito; Michielin *et al.*, 2008) per una valutazione del benessere e della percezione di cambiamento, prima dell'avvio delle attività di gruppo.

Valutazione finale

È stato somministrato il questionario CBA - VE (Cognitive Behavioural Assessment - Valutazione di esito; Michielin *et al.*, 2008) per una valutazione del benessere e della percezione di cambiamento al termine del percorso intrapreso.

Follow-up a tre mesi

È stato previsto un incontro di gruppo a 3 mesi, con le seguenti finalità: valutazione della percezione del benessere e del cambiamento nel tempo; confronto sull'autonomia nell'utilizzo delle strategie condivise nel percorso di gruppo; condivisione dei compiti assegnati al termine del ciclo di incontri. Verrà ripro-

posta la somministrazione del CBA-VE (Michielin *et al.*, 2008).

Risultati

Sono stati analizzati i risultati dei questionari CBA-VE, somministrati prima e dopo il trattamento, a tutti i partecipanti del gruppo.

Dalle analisi statistiche emerge un generale e significativo cambiamento nelle tre componenti analizzate, ovvero la percezione del cambiamento:

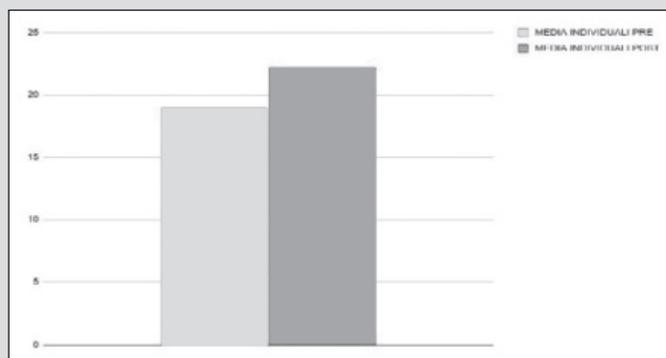
- grafico 1 - Percezione del benessere. Media individuale pre 19 e DS 6,73; media individuale post 22,25 e DS 7,63), il benessere emotivo;
- grafico 2 - Percezione del cambiamento. Media individuale pre 24,57 e DS 9,39; media individuale post 29,25 e DS 3,50 e il cambiamento complessivo;
- grafico 3 - Percezione Totale. Media individuale pre 42,42 e DS 12,79; media individuale post 51,50 e DS 9,94).

Di seguito i grafici 1, 2 e 3 che dimostrano la significativa differenza tra la percezione degli indici misurati prima e dopo l'intervento.

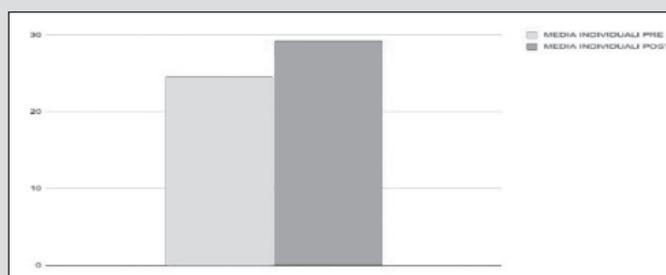
Si segnala un numero inferiore di questionari raccolti post-trattamento, per assenza di due pazienti nell'ultimo incontro.

Seppur con un numero inferiore di dati raccolti, è evidente la tendenza positiva dell'esperienza soggettiva.

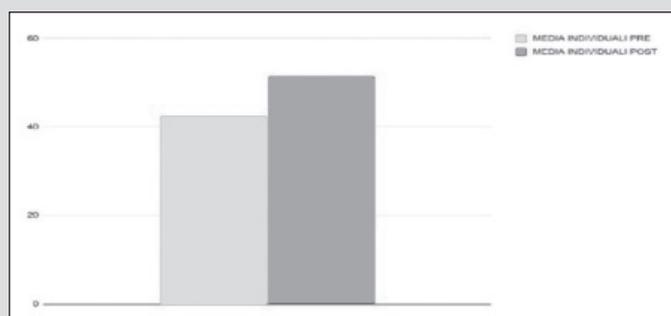
Graf. 1 - Percezione del benessere



Graf. 2 - Percezione del cambiamento



Graf. 3 - Percezione totale



Conclusioni

Il gruppo “That’s Alcol” ha adottato un approccio innovativo per il trattamento DUA, integrando l’approccio transteorico del cambiamento (Prochaska e Di Clemente, 1982) alla teoria della consapevolezza (Kabat-Zinn, 1994).

L’obiettivo principale del gruppo è stato fornire un supporto al processo di cambiamento, mediante la condivisione e il rafforzamento delle strategie, al fine di prevenire eventuali ricadute.

Le strategie sono state suggerite sia dagli operatori che dai partecipanti e hanno stimolato a cercare azioni individuali per raggiungere maggiore autonomia.

Durante le sessioni sono stati forniti materiali ed esercizi per consentire ai pazienti il loro utilizzo al di fuori del gruppo.

La positiva esperienza del gruppo è evidenziata e supportata dai questionari CBA-VE che sono stati somministrati.

Ciascuno soggetto ha, inoltre, riportato i benefici sull’esperienza del gruppo in sede di dibattito conclusivo.

Sono emerse valutazioni positive sia sul supporto fornito in generale sia sulla possibilità di condividere esperienze simili.

In questo modo, l’obiettivo di agevolare la socializzazione e la condivisione è stato raggiunto.

È interessante notare come, inizialmente, ci fosse una certa resistenza e riluttanza nell’acceptare il lavoro di gruppo.

Tuttavia, l’opportunità di comprendere meglio il funzionamento di un gruppo e superare queste resistenze ha contribuito in modo significativo ad indirizzare gli utenti verso altri gruppi presenti sul territorio.

Quest’ultimi, che stanno vivendo una diminuzione di partecipazione anche a causa della mancanza di informazioni adeguate, potrebbero trarre beneficio da questa iniziativa.

È previsto un incontro di follow-up che si terrà a tre mesi dalla conclusione del ciclo di incontri.

Lo scopo di questo incontro è valutare i benefici nel tempo.

In particolare, si intende verificare come i partecipanti abbiano continuato ad utilizzare autonomamente le strategie condivise e come si siano adattati al compito richiesto.

In conclusione, l’approccio di questo gruppo mostra un potenziale promettente nel fornire supporto e strumenti per affrontare i disturbi d’uso di alcol, suggerendo ulteriori ricerche e sviluppi in questo campo.

Limiti

Tra i limiti vi è la numerosità del campione che è relativamente piccolo ($N = 7$) e che non rende generalizzabili i risultati ottenuti.

Si aggiunge la non completezza dei dati raccolti post-trattamento che non rende solide le conclusioni, seppur, emerge una tendenza significativa al benessere e al cambiamento percepiti.

Si rende, altresì, necessario valutare l’efficacia a lungo termine dell’intervento attraverso ulteriori follow-up, al fine di determinare se le strategie apprese nel gruppo si traducono in cambiamenti duraturi nel comportamento e nel benessere.

Infine, manca un gruppo di controllo che andrà incluso nei progetti futuri, in modo da poter determinare in modo più accurato l’efficacia dell’approccio proposto.

Riferimenti bibliografici

- Kabat-Zinn J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion Books.
- Livingston N., Ameral V., Hocking E., Leviyah X., Timko C. (2022). Interventions to Improve Post-Detoxification Treatment Engagement and Alcohol Recovery: Systematic Review of Intervention Types and Effectiveness. *Alcohol and Alcoholism*, January, 57(1): 136-150. doi: 10.1093/alcalc/agab021.
- Michielin P., Bertolotti G., Sanavio E., Vidotto G., Zotti A.M. (2008). Proposta di un nuovo strumento per la verifica dell’efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*. Supplemento A di Psicologia, 30: A 98-A104.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1): 11-12.
- Sanavio E. (Edd.) (2002). *Le scale CBA*. Milano: Raffaello Cortina.
- Scafato E., Gandin C., Di Pasquale L., Ghirini S., Galluzzo L., Martire S. (a cura di) (2017). *Manuale di interventi per la riduzione del danno alcol-correlato*. Traduzione e adattamento del volume del WHO Regional Office for Europe (2009). *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol, ISS. Roma.

L'intervento educativo in un reparto ospedaliero di riabilitazione alcologica

Potenzialità e limiti dell'intervento educativo e dell'esperienza della Comunità Terapeutica, all'interno di un reparto di riabilitazione alcologica – il caso della Cooperativa di Bessimo

*Cristina Rinaldi, Elisa Chiaf, Sara Zamboni, Linda Buizza, Erica Maver, Marco Dotti**

Premessa

Dal febbraio 2022, la Cooperativa di Bessimo collabora con una Fondazione, ente gestore di un Ospedale, al fine di coordinare il servizio di riabilitazione educativa e psico-sociale all'interno del Reparto di Riabilitazione Alcologica presente nel polo ospedaliero.

Per la Cooperativa di Bessimo, ente accreditato nel sistema delle dipendenze e con esperienza ultraquarantennale in gestione di Comunità Terapeutiche e di servizi per le dipendenze, si è trattato di una novità gestionale e di un'esperienza che – dopo poco più di un anno – denota interessanti caratteri di condivisione di finalità, di commistioni organizzative tra figure professionali diverse, di approfondimento e accrescimento di conoscenze e competenze sul tema del disturbo da uso di alcol.

Nel presente testo verranno presentate le caratteristiche principali del servizio educativo e di come lo stesso si stia integrando nel reparto e nelle sue peculiarità tipicamente sanitarie.

Alla luce della tendenza – e delle indicazioni della normativa regionale sulle dipendenze – si ritiene interessante prendere a riferimento il caso specifico per approfondire modalità e processi di condivisione e consolidamento nella gestione dei Reparti sanitari di riabilitazione e disintossicazione alcologica.

Caratteristiche del servizio di riabilitazione educativa e psico-sociale

L'obiettivo generale della collaborazione tra i due enti (Cooperativa di Bessimo e Fondazione) era la riattivazione, la gestione e il consolidamento di un reparto di riabilitazione alcologica di residenzialità medio/breve, con una permanenza massima di due mesi (che era stato chiuso per vari mesi per essere adibito a reparto Covid) dedicato al ricovero di persone con patologie e problemi alcol-correlati.

All'interno del servizio, la Cooperativa di Bessimo si sarebbe occupata di affiancare il personale sanitario, medico ed infermieristico, nelle seguenti fasi:

- definizione di un progetto terapeutico individualizzato in collaborazione con i servizi invianti;
- disintossicazione da alcol e/o altre sostanze psico-attive;
- effettuazione di un trattamento integrato (medico, psico-educativo, riabilitativo) per favorire il cambiamento del comportamento di dipendenza;
- collaborazione con i Servizi Territoriali Socio-sanitari e con la Rete per la gestione territoriale della persona dimessa.

Fasi e attività

A tal proposito, la Cooperativa di Bessimo, in accordo con la Fondazione, ha proposto un servizio organizzato in base alle fasi dedicate al paziente.

1. *Fase di accoglienza*: inizia con la ricezione di una segnalazione da parte di un Ser.D./SMI/NOA che invia una scheda predefinita compilata e quando è possibile una relazione sociosanitaria.

Nella relazione deve essere indicato un proseguimento post dimissioni del trattamento, che sia residenziale in comunità terapeutica o territoriale.

Tale documentazione viene vagliata dal Medico della Fondazione e dal Coordinatore educativo della Cooperativa.

Se non ci sono elementi ostativi di tipo sanitario o sociale si procede ad una seconda fase con l'inserimento nelle liste di attesa.

La tempistica degli inserimenti viene definita dal Dirigente Medico insieme al Coordinatore educativo in équipe.

2. *Colloquio di accoglienza*: si prevede un colloquio con il paziente e/o i famigliari, per individuare le caratteristiche e le dimensioni degli aspetti più propriamente sociali della situazione del paziente, a cura del Coordinatore Educativo.

Il colloquio avviene prioritariamente da remoto o telefonico. In questo contesto si danno alcune indicazioni sulla possibile data del ricovero e si danno informazioni sul trattamento che verrà svolto nel reparto di alcologia.

3. *Degenza*: la fase di degenza prevede.
 - a) Attività Clinica di disintossicazione a responsabilità del Medico Psichiatra e del personale infermieristico;

* Cooperativa di Bessimo Coop. Sociale arl ONLUS.

b) Attività Riabilitativa, come descritto di seguito, a responsabilità del Coordinatore educativo, dell'Educatore e dello Psicologo/psicoterapeuta della cooperativa.

Gli interventi previsti all'interno del servizio sono rappresentati da:

- Counselling individuale;
- Colloqui, solo in alcuni casi anche con i famigliari;
- Colloquio motivazionale e di gruppo;
- Gruppi di psico-educazione;
- Gruppi di auto-aiuto;
- Test di personalità;
- Gruppi informativi;
- Gruppi di informazione sanitaria (condotti dallo Psichiatra);
- Colloqui con psicologo;
- Laboratori creativi (attività ludico ricreative).

4. *Dimissioni*: definizione del percorso in uscita, verso l'abitazione o verso altra struttura terapeutico-riabilitativa, a cura del Coordinatore educativo, sentito il parere del Dirigente Medico.

Il Coordinatore educativo ha il compito di potenziare il lavoro di rete con i servizi socio sanitari, il territorio, e mantenere, quando è possibile, il collegamento con la rete familiare e/amicale.

Il Programma si definisce in base alle esigenze cliniche e socio-familiari dei pazienti.

Per situazioni particolarmente complesse e compromesse si ipotizzava un percorso fino a due mesi, che è il tempo massimo di permanenza in reparto.

Gli obiettivi di tale percorso sono la disintossicazione/aumento consapevolezza rischi alcol, il consolidamento sull'astinenza, il lavoro su aree problematiche indicate nel PAI, l'acquisizione di strumenti per fronteggiare le aree problematiche, il segretariato sociale, lavoro di rete.

Rispetto agli interventi che fanno parte dell'attività riabilitativa, si portano alcuni esempi dei gruppi attualmente attivi: gruppo motivazionale con i pazienti, gruppo psico-educativo con pazienti e familiari, gruppo informativo sulle patologie alcool correlate, gruppo psicoeducativo sulla prevenzione della ricaduta, gruppo di supporto psicologico per la gestione dell'emotività.

Tutte queste attività possono essere condotte da un membro dell'Équipe della Cooperativa (Educatore o Psicologo).

Alcuni gruppi di stampo più sanitario sono condotti dallo psichiatra della Fondazione.

Sono presenti periodicamente anche gruppi di Alcolisti Anonimi del territorio che entrano nel Reparto, dando la possibilità di conoscenza del gruppo.

Destinatari

I destinatari del servizio così strutturato sono persone maggiorenni, sia maschi che femmine, con dipendenza da alcol, anche associata ad altre sostanze psico-attive (poliabusatori). Si ritengono criteri di esclusione: la presenza di psicopatologie gravi in fase di scompenso ed elevati deficit cognitivi e fisici.

Si ritengono destinatari indiretti i familiari, la rete amicale, i servizi invianti e di destinazione, i soggetti della rete

del paziente (datore di lavoro, ecc.) che possono beneficiare dell'intervento riabilitativo.

Organizzazione del servizio

Per realizzare quanto esposto, la Cooperativa di Bessimo ha messo a disposizione un'Équipe composta da:

- 1 Coordinatore educativo, Educatore Professionale SN/T-2 (part-time);
- 3 Educatori Professionali SN/T-2 (part-time);
- 1 Neuropsicologo (part-time).

Il tutto con il supporto "consulenziale" del Responsabile dei servizi Sociosanitari della Cooperativa.

L'Équipe Educativa si affianca a:

- Dirigente Medico;
- Infermieri;
- ASA-OSS;
- Medico Psichiatra;
- Fisioterapista.

La responsabilità del Reparto resta dunque in carico alla Fondazione, pur garantendo la Cooperativa il contenuto educativo e psicologico dei percorsi durante il ricovero.

Per meglio realizzare la gestione congiunta e condivisa del reparto e del servizio, settimanalmente è organizzata l'Équipe Multidisciplinare, per costruire e gestire insieme il servizio.

Partendo da conoscenze condivise è stata realizzata una formazione congiunta nel primo anno di gestione.

Per ognuno degli anni di gestione è inoltre prevista una supervisione bimestrale di tipo metodologico, per monitorare il percorso, il funzionamento e l'efficacia dello stesso.

Dati ed esiti del primo anno di gestione del servizio

Il reparto di riabilitazione alcologica conta 15 posti letto, e l'anno di riferimento per i dati che seguono è il 2022, anno ancora parzialmente interessato dall'emergenza Covid.

Questo ha significato dover ridurre la disponibilità di posti letto per le "quarantene" e gli "isolamenti" obbligatori, dovuti al rispetto delle indicazioni pandemiche per la riduzione del rischio di contagio. Solo dal 2023 si è potuti tornare a contare su tutti i posti letto pienamente disponibili.

Per il 2022, vengono considerati 306 giorni di attività del reparto (sono stati esclusi i mesi di gennaio e febbraio, mesi in cui è stata definita la collaborazione tra Cooperativa e Fondazione).

Nello specifico, sui mesi di gestione, si è registrata una saturazione > 85%, che diviene del 92% considerando realisticamente il posto letto che si è dovuto mantenere libero per le esigenze dell'emergenza pandemica e le interruzioni dei ricoveri causati dalle infezioni da Covid-19.

L'utenza è stata mista, e nel corso del 2022 - a partire dal 9 febbraio al 31 dicembre - si sono svolti 100 ricoveri: 77 maschi e 23 femmine.

L'età è variata dai 20 ai 72 anni.

I dimessi nel corso del 2022 sono stati 86 con i seguenti esiti:

- a casa o in comunità: 71;
- autodimessi: 8;
- deceduto: 1;
- RSA: 1;
- riabilitazione: 3;
- in altro reparto d'ospedale: 2;
- al 31 dicembre 2022 erano in carico presso il reparto psicologia 14 pazienti.

Conclusioni e prospettive future

I punti di forza della collaborazione sono:

- l'esperienza di lavoro apportata dalla Cooperativa in termini di conoscenze proprie dell'organizzazione, quali ad esempio le procedure e prassi per la gestione degli ingressi e delle dimissioni;
- l'esperienza di lavoro apportata direttamente dal personale della Cooperativa, tramite le competenze personali e maturate in anni di servizio qualificato e specializzato sul tema delle dipendenze;
- la presenza di personale medico e sanitario che si è primariamente dedicato alla cura, ma che si è reso disponibile alla collaborazione sugli aspetti di riabilitazione educativa;
- la continuità data dalla presenza dello psichiatra, figura ritenuta fondamentale per la guida "scientifica" di un simile reparto.

La formula del reparto, che mixa comunità/ospedale permette di avere tutto quello che manca in comunità a livello prettamente sanitario, soprattutto per gestire situazioni come delirium, attacchi epilettici, stati di forte agitazione, diabete, spesso la compresenza di patologie croniche multiple.

Di contro, la presenza educativa va nella direzione di rinforzare le risorse personali dei pazienti, con l'obiettivo di ridurre l'assistenzialismo in favore di una promozione della self-efficacy attraverso l'assegnazione di piccoli compiti, quali ad esempio la lettura dei menu, la preparazione-sgombero della tavola, l'organizzazione della cena in reparto preparata dagli ospiti.

Il tema che emerge, in un contesto come quello descritto, è quello di umanizzare un reparto ospedaliero, promuovendo la socializzazione e la relazionalità in un cosiddetto "non luogo".

La formula del reparto di riabilitazione è un ponte di collegamento tra il reparto ospedaliero (il pranzo a letto, la camera come luogo, l'isolamento del paziente) e la comunità (vita di "casa").

All'interno del reparto, la presenza della componente educativa ha consentito di supportare i pazienti nel risolvere piccole problematiche, dall'acquisto di beni di consumo a tematiche sociali come il rifacimento dei documenti.

Anche il momento delle dimissioni non è il tipico momento delle dimissioni ospedaliere, ma viene gestito tramite un saluto dedicato, in gruppo.

Oltre alla cura sanitaria, erogata dal Medico e dal personale infermieristico, la presenza della componente psico-sociale ha consentito di promuovere la salute e gli stili di

vita sani da esportare e proseguire al di fuori del reparto, ad es. tramite passeggiata al parco o attività ludico ricreative (karaoke, giochi di società).

Si tratta di una gestione che consente di vedere il paziente nella sua continuità di vita, anche al di fuori del reparto e nel "dopo" le cure.

Si tratta di elementi difficili da immaginare in un tradizionale reparto ospedaliero.

Tra gli elementi di forza dell'esperienza, vi è una visione della salute in maniera olistica, considerando le componenti bio-psico-sociale come un tutt'uno nella presa in carico del paziente, tale approccio è perseguito da parte di tutta l'équipe multidisciplinare.

A livello di supporto teorico, sono stati utilizzati diversi testi (si veda la Bibliografia) ai quali sono stati affiancati strumenti tecnici quali il colloquio motivazionale, l'utilizzo della terapia dialettico comportamentale, nozioni di mindfulness e di psicotraumatologia.

La peculiarità del reparto fa sì che un punto di miglioramento potrebbe essere negli spazi dello stesso. Per la tipicità dell'utenza, a differenza di altri reparti di riabilitazione (dove – minimizzando – la palestra e la sala tv sono sufficienti), nella riabilitazione alcologica sarebbe auspicabile avere maggiori spazi per le attività psico-educative.

Inoltre, è necessaria la formazione continua e congiunta sul tema del disturbo alcool-correlato, formazione che continui a coinvolgere tutte le figure del reparto, al fine di dotare tutta l'équipe degli elementi per affrontare, in maniera coesa e congiunta come si sta facendo, la riabilitazione sanitaria ed educativa del/la paziente.

Riferimenti bibliografici

- Augé M. (2018). *Nonluoghi*. Milano: Elèuthera.
- Bateman A., Fonagy P. (2019). *Mentalizzazione e disturbi di personalità. Una guida pratica al trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Braibanti P. (2015). *Ripensare la salute. Per un riposizionamento critico nella psicologia della salute*. Milano: FrancoAngeli.
- Cambiaso G., Mazza R. (2018). *Tra intrapsichico e trigenerazionale. La psicoterapia individuale al tempo della complessità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cerizza G., Borella V.M. (2003). *La paura oltre l'alcol. Risposte per chi beve e per i suoi familiari*. Milano: FrancoAngeli.
- Cerizza G., De Vecchi S. (2023). *Un cambiamento possibile. Il valore delle relazioni e dello sport nel trattamento delle dipendenze*. Milano: FrancoAngeli.
- Grosso L., Coletti M (2011). *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*. Torino: Gruppo Abele.
- Lovato M., Maddalon D. (2020). *Affrontare la dipendenza. Strategie cognitivo-comportamentali per fronteggiare il disturbo da uso di sostanze*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Marsha M.L. (2021). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello DBT*. Milano: Raffaello Cortina.
- Monticelli F., Liotti G. (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina.

Dal “Nodo di Gordio” dello stigma e dell’esclusione all’intervento di prossimità che riallaccia i legami nei percorsi terapeutici e riabilitativi per il paziente alcolista

Il progetto di intervento domiciliare “A Casa Tua”, esperienze e strumenti per un intervento di prossimità orientato all’autonomia

Anna Sabbione*, Deborah Ferrando**, Roberto Villa Vercella***, Isabella Delsedime****, Egidio Costanza*****

*Quando nella storia di dipendenza si giunge al nodo di Gordio della sofferenza, dell’esclusione e dello stigma sociale, intreccio strettissimo di fragilità psicologica e fisica, storie familiari difficili, vissuti di fallimento ed esclusione, errori e fatalità, rinunciato al taglio di spada di Alessandro – come si immaginava quando la prospettiva era tutta ideologica e pregiudiziale – compreso che le disintossicazioni fulminee, le comunità salvifiche, i percorsi interpretativi brillanti e le terapie paradossali – lampo non davano che rapide quanto illusorie “soluzioni”, e quando si è però deciso di non cedere alle definizioni della problematica che diventavano alibi per una rassegnata indifferenza, come se la corretta accezione di “patologia cronica e recidivante” diventasse condanna ineluttabile della persona ad un destino, la decisione di accettare la sfida di sciogliere questo nodo di Gordio, significa accingersi a tentare di dipanarlo con paziente impegno e lungo lavoro con le mani (E. Junger, C. Schmitt, *Il Nodo di Gordio*, Piccola Biblioteca Adelphi, 2023, p. 787).*

In questa cornice, il progetto domiciliarità “A Casa Tua” raccoglie la sfida, individua come proprio target quei pazienti che per complessità personale e ambientale faticano a mantenere l’aggancio, rischiano il drop out proprio nella condizione di fragilità massima e nelle fasi più specificamente critiche del percorso, necessitano di recuperare compliance al trattamento sanitario,

* Psicologa Psicoterapeuta Responsabile progetto domiciliarità “A Casa Tua”, Associazione Mastropietro & C. APS (Cuornè, TO).

** Psicologa Psicoterapeuta progetto domiciliarità “A Casa Tua”, Associazione Mastropietro & C. APS.

*** Psicologo progetto domiciliarità “A Casa Tua”, Associazione Mastropietro & C. APS.

**** Psicologa Psicoterapeuta già Resp. Ser.D. Caluso e Ambulatorio Alcologia Ivrea, ASL TO 4.

***** Presidente Associazione Mastropietro & C. APS.

o escono dalla comunità terapeutica con un rientro nel contesto tutto da costruire e rimangono ai margini ed indietro lungo il loro difficoltoso itinerario verso l’autonomia.

Il progetto domiciliarità “A Casa Tua” nasce da interventi di base, in primo luogo gli accompagnamenti: accompagnamenti ai colloqui e alle visite, accompagnamenti per ritirare i farmaci o per sbrogliare i compiti basilari per l’autonomia, la casa, la spesa. Interventi semplici che nel loro realizzarsi diventano “accompagnamento”, presenza dell’Operatore che in un tempo definito, con competenza e atteggiamenti professionali e adeguati, orienta e affianca la persona nel raggiungere i propri obiettivi terapeutici, di cura, di autonomia.

Si tratta di un programma graduale e progressivo, complementare al lavoro ambulatoriale, capace di “mettere mano” a nodi profondi, ma anche di allargare la rete sociale di riferimento del soggetto, sviluppare la capacità di gestire la casa e la quotidianità, creare e finalizzare l’aggancio con i servizi sociali del territorio e con le strutture sanitarie implicate nelle complesse problematiche di salute, proporre stimolanti esperienze di socializzazione collettiva, gradevoli ed efficaci.

La presa in carico

Il progetto di intervento domiciliare “A Casa Tua”, nato all’interno del Dipartimento per le Dipendenze dell’ASL TO 4 dal 2011, prende origine dall’esigenza condivisa sia dal Dipartimento che dal privato sociale, di offrire un supporto diverso, complementare a quello offerto dagli Ambulatori (Ser.D. e Alcologia), con l’obiettivo di affiancare alcuni pazienti alcolodipendenti, in situazione di particolare fragilità, rispetto ad specifici obiettivi individualizzati quali:

- mantenimento dell'autonomia abitativa, o recupero di essa, attraverso attività mirate a sperimentare condizioni di autonomia concreta;
- supporto e consolidamento della cura, della costanza dei controlli sanitari e compliance ai trattamenti, in particolare rispetto a problematiche di dipendenza e correlata sofferenza psichica;
- contrasto dell'isolamento e dello stigma, attraverso l'ampliamento della rete di riferimento e il rinforzo delle competenze individuali nelle relazioni con il contesto allargato.

Le attività sono dirette a persone in condizione di progressa o attuale dipendenza dall'alcol, che presentano un quadro di significativa e costante povertà di risorse economiche, sociali e di rete familiare e informale, spesso in carico ai Servizi da tempo ma con discontinuità, e per i quali si identifica la necessità di un supporto mirato alla tutela dell'autonomia abitativa, e alla costanza nelle cure, anche in relazione alla presenza di patologie correlate alla dipendenza da alcool (quali Epatite, Polineuropatie, patologie di tipo psichiatrico).

Nell'ambito del progetto "A Casa Tua" si realizza la presa in carico individualizzata e di gruppo dei pazienti segnalati ed inseriti da parte degli operatori, con l'obiettivo di sostenerne l'autonomia e la costanza nella cura, attraverso:

- monitoraggio delle condizioni di salute, in sinergia con i Servizi invianti, pianificazione delle visite e dei controlli, supporto concreto nella gestione della terapia farmacologica;
- affiancamento concreto e psicoeducazionale volto alla comprensione del valore della costanza nelle cure, all'aumento della compliance ai trattamenti, in particolare nelle fasi critiche, dove si configura il rischio di abbandono e drop out;
- ampliamento delle esperienze di benessere complessivo, anche in relazione allo sviluppo di maggiore consapevolezza e efficacia rispetto al mantenimento di uno stile di vita compatibile con autoaffermazione e buona autonomia.

I percorsi offerti sono personalizzati e individualizzati, pur mantenendo un raccordo con frequenti attività in piccolo gruppo, prevedono un tempo di realizzazione concordato con il Servizio inviante, e il costante confronto e monitoraggio congiunto con gli operatori ambulatoriali di riferimento e con gli altri Servizi sociosanitari cui la persona sia in carico.

La presa in carico si presenta complessa: si tratta di persone solitamente difficili da agganciare che non hanno, almeno inizialmente, una richiesta di aiuto propria e che quando sviluppano una domanda di cambiamento devono essere sostenute e accompagnate anche concretamente nel percorso di cura e riabilitazione, poiché difficilmente hanno la possibilità di frequentare autonomamente i Servizi e di seguire i programmi terapeutici con sufficiente regolarità.

A causa di tale discontinuità e del quadro psicopatologico vanno spesso incontro a momenti di intensa difficoltà, che richiedono un'attenta e impegnativa gestione, in integrazione fra i diversi attori coinvolti.

Le caratteristiche già descritte si vanno spesso a sommare alle difficoltà sul versante della motivazione, che rendono il percorso di trattamento spesso statico e caratterizzato da ricadute e cronicità, nonché ad ulteriori criticità concrete ed oggettive quali l'appartenenza a nuclei familiari multiproblematici e/o ridotti e dispersi, la residenza in località piccole ed isolate, in cui mancano mezzi di trasporto pubblici, il domicilio in condizioni abitativa estremamente precarie ed instabili.

Lotta allo stigma

Quando in questo quadro di fragilità la presa in carico si configura come fragile e discontinua, più facilmente si strutturano meccanismi di espulsione e degrado sociale, che possono portare alla perdita delle autonomie di base e all'esclusione dalle reti naturali di relazione e di aiuto, condizioni che aggravano la situazione complessiva della persona.

Spesso la condizione sanitaria è compromessa e multiproblematica (polidipendenza, disagio psichico, presenza di patologie alcool correlate e di altra natura) ed andando ad intrecciare ad una condizione di vulnerabilità sociale (esclusione lavorativa, economica, istituzionale, relazionale, culturale) tende a cronicizzare nell'assenza di una concreta progettualità.

La problematica sociale e psicopatologica, se non adeguatamente trattata, interferisce pesantemente con l'andamento clinico, e impedisce ai trattamenti proposti di raggiungere risultati soddisfacenti.

Si sottolinea inoltre come la condizione di grave marginalità di questi soggetti può costituire un elevato costo sociale in termini di: costi sanitari individuali e collettivi, mancati guadagni per il mancato inserimento lavorativo, costi assistenziali, elevati costi familiari diretti e indiretti.

Il contesto

Il progetto, inserendosi nell'ambito degli interventi di prossimità, si attua nei contesti di vita della persona, in primo luogo la casa che diventa il primo ambito di incontro.

Dove questo non è possibile, gli interventi si realizzano comunque nella quotidianità della persona, nei luoghi ove essa deve recarsi, negli ambulatori invianti, a partire dalle esigenze di vita del paziente. In questo senso la prossimità alla persona, l'approccio, la conoscenza e in alcuni casi la condivisione dei suoi luoghi di vita,

diventa il punto di partenza del lavoro clinico solo così possibile.

La costruzione dell'intervento, che comincia dal "prendere in mano" aspetti pratici e concreti, consente di costruire gradatamente una relazione di fiducia e riattivare nel paziente inserito una posizione più partecipe rispetto alle problematiche che affronta, nelle quali si collocano anche le difficoltà connesse alla dipendenza.

Attraverso la ricostruzione di una propria efficacia ed autostima, attraverso piccole ma concrete esperienze di "fronteggiamento condiviso" delle difficoltà, le attività del progetto mirano a potenziare nel paziente la capacità e la consapevolezza della possibilità di ricollocarsi nella società, ritrovando un proprio posto, superando vissuti ed esperienze di esclusione e riappropriandosi di una propria posizione perduta.

L'avvio dell'intervento a partire da problemi e aspetti pratici, lo svilupparsi di una relazione fiduciaria significativa sono elementi concreti che consentono di avviare il percorso di lotta allo stigma e di uscita dall'invisibilità che spesso connota l'esperienza di vita di queste persone.

Attraverso la sperimentazione di un rapporto diverso con il proprio contesto di vita, dove la persona non è solo più "richiedente estemporaneo" di aiuto o assistenza, ma soggetto attivo, partecipe, che esercita propri diritti e si riappropria anche di alcuni "doveri", si inizia a costruire un modo diverso di collocarsi, in senso più ampio, nel proprio contesto di vita.

Il setting e la relazione terapeutica

L'utilizzo di setting diversi ed extra-ambulatoriali implica una posizione professionale ben definita ma flessibile, con ampie valenze innovative e personalizzate.

L'accompagnamento attento si struttura anche nell'ottica di monitoraggio della situazione complessiva in funzione preventiva o di intervento precoce, a fronte dei rischi, segnali ed episodi conclamati di ricaduta.

L'ampliamento delle tipologie di setting utilizzate e l'avvicinamento nei contesti di vita del paziente, si pone come stimolo proattivo alla riattivazione, in tutti i contesti dove il paziente viene valorizzato come persona nel suo muoversi in autonomia.

Caratteristica del percorso è la costruzione di una forte alleanza terapeutica, dove gli operatori costituiscono figure di riferimento, che lavorano in un'ottica di prossimità e attraverso una progettazione individualizzata.

La costruzione della relazione terapeutica si basa anche sulla continuità e frequenza nel rapporto del paziente con le proposte del progetto, tramite attività mirate all'incremento dell'autostima, al recupero e scoperta di vecchi e nuovi strumenti di autonomia, volti ad agevolare l'integrazione sociale.

Bisogni e obiettivi di lavoro

Dall'analisi dei fattori di rischio caratteristici di questa tipologia di pazienti, emersi nei 12 anni di riflessioni e interventi condotti dal 2011 ad oggi, si rileva la presenza dei seguenti bisogni:

- bisogno di supporto ai percorsi sanitari ed in specifico di contrasto alla dipendenza;
- bisogno di sviluppare e rinforzare competenze, capacità di negoziazione e progettualità più autonoma rispetto alla gestione degli aspetti significativi della propria vita quali la salute, la vita quotidiana, le relazioni;
- bisogno di ricostruire la propria collocazione nel contesto abitativo e nella rete delle relazioni sociali, al fine di sostenere autostima e autoefficacia necessarie per il mantenimento e il rinforzo dell'autonomia.

In risposta a questi bisogni l'intervento del progetto definisce in base alle diverse esigenze alcuni specifici obiettivi individualizzati.

Interventi proposti

- mantenimento dell'autonomia abitativa, o recupero di essa, attraverso la continua sperimentazione di condizioni di autonomia concreta;
- supporto e consolidamento della cura, della costanza dei controlli sanitari e compliance ai trattamenti, in particolare rispetto alle problematiche di dipendenza e agli aspetti di sofferenza psichica;
- gestione di situazioni critiche quali urgenze sanitarie, abitative, problematiche legali e di gestione della propria autonomia economica;
- aumento e consolidamento di una rete informale di supporto anche attraverso l'esperienza di situazioni di socialità sul territorio;
- supporto dell'immagine positiva di sé, aumento di conoscenze, competenza e autostima attraverso la relazione terapeutica e la sperimentazione di aspetti del sé nell'ambito di laboratori creativi, corsi di rinforzo e acquisizione delle competenze e della relazione con l'altro.

Più in dettaglio, le proposte di intervento si articolano in tre aree.

L'intervento domiciliare, che prevede:

- visite a casa, che accompagnano costantemente il percorso della persona all'interno del progetto, caratterizzate dall'osservazione non giudicante dell'ambiente di vita quotidiana e delle criticità che lo caratterizzano, ma anche dalla rilevazione delle risorse espresse della persona.

Il varcare insieme la porta di casa segna la costruzione di un'alleanza con l'operatore e permette di cogliere aspetti della situazione della persona con uno sguardo ampio che consente di accedere ad ambiti di intervento inevitabilmente esclusi nella presa in carico strettamente ambulatoriale (Franco La Cecla, Luca

Vittone, *Non è cosa, Vita affettiva degli oggetti*, Eleuthera, 1998);

- interventi concreti volti a consolidare il modo specifico di ogni persona di vivere e gestire la casa, l'autonomia abitativa, la vita quotidiana.

L'operatore con flessibilità riconosce e sostiene le peculiarità del soggetto nella relazione con la propria casa, valorizzandone le competenze e cercando insieme soluzioni pratiche ai piccoli/grandi problemi della vita in autonomia;

- interventi psico-educazionali in forma di incontri di piccolo gruppo (corso Autonomie) volti allo sviluppo di abilità e competenze, organizzazione della quotidianità, individuazione di aree di lavoro sul fronte delle autonomie abitative;
- interventi di carattere psicoterapeutico individuale e familiare in loco, mediazione dei conflitti, supporto del nucleo familiare quando esistente, contenimento spinte espulsive.

(Intervento Domiciliare_federserd 2023. *La visita Domiciliare, riflessioni*)

Gli interventi di accompagnamento, che prevedono:

- accompagnamenti ai luoghi di cura, sia agli ambulatori invianti che presso altri luoghi di cura, al fine di garantire la costanza dei trattamenti sanitari, la compliance ai trattamenti specifici per le dipendenze, il consolidamento e mantenimento di una relazione stabile con gli operatori di riferimento;
- accompagnamenti per la gestione di problematiche di tipo pratico connesse alla gestione dell'abitazione con particolare attenzione al favorire l'aggancio con i servizi sociali ed assistenziali, nella logica di una progettualità integrata interservizi volta a tutelare, sviluppare, e mantenere l'autonomia abitativa, anche al fine di contrastare i rischi di istituzionalizzazione precoce e impropria ed i meccanismi di "porta girevole" fra i ricoveri e gli inserimenti residenziali;
- accompagnamenti da e per strutture residenziali di cura (ad esempio quando necessario percorsi residenziali di disintossicazione/periodi in centro crisi), al fine di presidiare con attenzione le fasi di entrata e uscita dal proprio domicilio e ottimizzare i periodi di ricovero e i percorsi residenziali.

Le attività di supporto della socialità, che prevedono:

- progettazione e conduzione di attività di laboratorio artistico, musicale, espressivo, cinematografico, mirate alla sperimentazione in contesto idoneo di aree positive e creative di sé, riscoperta e condivisione con gli operatori o in piccolo gruppo del proprio potenziale artistico e creativo;
- pianificazione e realizzazione di uscite sul territorio, con obiettivi ricreativi, formativi, culturali, al fine di condividere situazioni di benessere e di conoscenza di sé e del contesto esterno, con l'accompagnamento degli operatori del progetto e la condivisione in piccolo gruppo;

- individuazione e proposta di contesti accoglienti, nei quali realizzare piccole e periodiche attività di gruppo, che favoriscano l'emergere di specificità, competenze e sensibilità individuali;
- partecipazione alle attività del Corso Autonomie: proposta periodica di incontri formativi, educativi e di riflessione su temi connessi all'autonomia abitativa ed individuale, quali la salute, la cura di sé e della casa, la propria collocazione e fruizione del contesto sociale di riferimento, al fine di creare e supportare una più consapevole identità individuale come cittadino e persona, contrastando l'abituale perdita di investimento progettuale tipica di queste situazioni, sia da parte del soggetto che da parte dell'ambiente sociale e familiare. (*Immagini Laboratori_federserd 2023. Il laboratorio artistico, luogo di espressione e di ricerca di ché*)

Le azioni del progetto sono mirate anche alla costruzione/ricostruzione della rete sociale, affrontando i rischi di stigmatizzazione interni alla rete stessa, di fronte all'idea stereotipata del paziente in carico al Ser.D. e/o all'ambulatorio Alcologia, superando pregiudizi tipicamente presenti rispetto alla sua irrecuperabile problematicità e strutturando invece l'idea più concreta del paziente come persona degna di essere riconosciuta nella sua storia complessa, capace di attivare risorse per modificare il proprio ruolo e ridefinire un proprio spazio di realizzazione.

Nello specifico nelle attività di socialità l'operatore del progetto assume il ruolo di facilitatore e mediatore nell'incontro con un mondo "esterno" che troppo spesso è stato solo teatro di fallimenti e movimenti espulsivi.

Nel tempo il progetto "A Casa Tua" si è sempre più declinato come intervento di prossimità, sviluppando i seguenti punti di forza:

- approccio che si caratterizza per il ruolo attivo che è richiesto a tutti gli attori coinvolti: la persona che porta il problema in oggetto non è solo «fruitore» rispetto all'intervento: il percorso proposto punta all'autonomia, non come «capacità di fare tutto da sé» quanto come atteggiamento congruo nei confronti della rete e delle risorse da attivare per cercare risposte;
- attenzione alle necessità pratiche del paziente, a partire dalle quali si mira ad individuare bisogni più ampi e profondi, con un taglio concreto ed esperienziale;
- relazione terapeutica basata su continuità, progettazione condivisa e competenza professionale nella quale elemento fondante è la capacità di identificare la giusta «vicinanza/distanza» relazionale fra l'operatore e il paziente e modulare aspetti di cura con il lavoro psico educativo mirato all'autonomia della persona.

Gli aspetti qualificanti del progetto possono essere così sintetizzati

- Gruppo di Lavoro flessibile e multiprofessionale che progetta, realizza e monitora l'intervento, superando

le logiche di tipo “assistenziale” e offrendo una rete di operatori che co-progettano percorsi di autonomia, supporto alla cura, gestione della situazione abitativa e di vita, favorendo il superamento di situazioni di dipendenza e di grave degrado sociale;

- relazione terapeutica di tipo psicologico ed educativo basata sulla flessibilità dell’incontro con il paziente e dell’intervento proposto, programmazione di un percorso individualizzato per ciascun beneficiario, in sinergia con le risorse del progetto e le risorse presenti sul territorio di riferimento;
- realizzazione di interventi di supporto concreto di tipo domiciliare e territoriale, attraverso la proposta di accompagnamento nella gestione delle necessità primaria relative alla salute, supporto nel mantenimento/ricostruzione della rete sociale e familiare, empowerment delle risorse individuali, finalizzate al sostegno dell’autonomia, incontri di supporto terapeutico familiare nel contesto domiciliare ed interventi psico-educazionali in situazioni critiche;
- stretta collaborazione con gli interlocutori della Rete Territoriale, in particolare con i servizi invianti, e monitoraggio reciproco in ogni fase del percorso mediante la realizzazione di incontri periodici nei servizi stessi, presenza degli operatori del progetto nelle riunioni dei Servizi, realizzazione di interventi congiunti, costante e puntuale verifica e riprogettazione delle attività in corso, costruzione e mantenimento di reti di collaborazione fra Servizi Sociali, Sanitari e risorse del territorio, contatti e collaborazioni attive con le Associazioni di volontariato presenti sul territorio.

Qualche riflessione per guardare indietro ma soprattutto avanti

Il progetto in questi anni è stato capace di intercettare quei pazienti a rischio di “lasciarsi andare alla deriva” perdendo, in modo voluto o no i riferimenti conosciuti: genitori, figli, parenti, amici, e chiudendosi nell’isolamento o in relazioni con figure simili, di margine o di strada.

Quei pazienti che tendono a nascondersi in un angolo, a definirsi a partire da un ruolo “fuori”, dall’assenza nella relazione, da un non luogo, nel dimenticatoio.

Privi di appartenenza, lontani dall’autonomia (Zygmunt Bauman, *Vita liquida*, Laterza, Milano, 2008).

Il modello di autonomia a cui spesso ci si riferisce, nella nostra società occidentale, si caratterizza per la capacità

di svincolarsi, di realizzare uno sgancio da condizioni di dipendenza affettiva e concreta, andarsene, farsi la propria strada, uscire dal sistema.

A che prezzo però avviene questo svincolo?

Perché trovare la propria strada deve passare attraverso un indebolimento di legami?

Altre culture sottolineano invece l’importanza del mantenimento di legami forti, profondi.

In altri contesti il bisogno di “appartenere” è riconosciuto e valorizzato, mentre invece nella nostra società diventa un problema, qualcosa di “sbagliato”, un bisogno spesso respinto e squalificato.

L’autonomia, se così intesa, diventa per qualcuno un traguardo irraggiungibile, un miraggio.

Si riduce ad essere solitudine, chiusura in se stessi o in piccoli gruppi di persone escluse, caos concreto e mentale.

Quale futuro per queste persone, dentro ma soprattutto fuori dai Servizi?

È una riflessione da approfondire che ci porta verso la definizione stessa del termine “futuro”: spesso questi pazienti, per i quali non si è mai parlato di un avvenire non hanno, da molto tempo, neppure un futuro, e sono invece inchiodati ad un destino, già scritto ed incombente.

Il futuro generalmente è caratterizzato dalle situazioni dove accade qualcosa di nuovo e che danno la sensazione di un nuovo inizio. il destino invece ci rimanda alle situazioni dove nulla è nuovo, tutto si ripete, con il sapore della sconfitta già scontata (Marc Augè, *Futuro*, Bollati Boringhieri, Torino, 2012).

In questa cornice è difficile liberarsi dagli stereotipi antropologici e sociali, dai ruoli negativi già scritti nelle comunità di appartenenza, come nei villaggi e nelle piccole comunità: il capro espiatorio, il folle, il diverso rifiutato, diventato pericoloso, deviante, rifiuto.

Il progetto di domiciliarità “A Casa Tua” ha cercato e continua, al contrario, ad operare per sostenere l’autonomia senza contrapporla ai legami di appartenenza, fondandola sul rafforzamento del senso di inclusione in un tessuto sociale e umano e sul recupero di un proprio ruolo attivo e di un posto nel proprio ambiente di vita.

Perché ciò avvenga è essenziale il procedere diffidando delle illusorie strategie drastiche e laceranti, al contrario impegnandosi nella costante fatica della ricostruzione dell’alleanza, attraverso il regolare impegno nello scioglimento dei tanti nodi e nella tranquilla minuziosa ricerca dei bandoli della matassa.

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



A che gioco stiamo giocando? Uno studio sulle determinanti psicosociali del consumo di gioco problematico e del malessere tra gli adolescenti

Claudia Venuleo*, Salvatore Della Bona**, Tiziana Marinaci***

SUMMARY

■ **Introduction:** “What are we playing at” is a research-intervention project to prevent and combat gambling among adolescents in the Salento area financed by the Department of Pathological Addictions of the Lecce ASL and implemented by the Department of Human and Social Sciences of the University of Salento. Various objectives were pursued by the project and initiatives implemented.

Aim: In this paper we present the results of a study that aimed to explore the role of relational networks (family functioning, parental supervision, social support, approval from family and peers) and the image of the social environment in predicting problem gambling and video game use, as well as levels of well-being/malaise among adolescents.

Method: 731 students (Mean age: 15,47; DS: 1,22) completed a survey that included the target variables. A multivariate multiple regression analysis was performed to examine the role of socio-demographic characteristics and psychosocial predictors on gaming, gambling and well-being.

Results: Multivariate multiple regressions identify a common core underlying problem gambling, gambling and poor well-being, but also the distinct role of psychosocial variables. The results suggest the need to examine more closely how adolescents, their activity system and culture participate in the construction of the meaning of gambling and gaming activities and their impact on adolescents' well-being. ■

Keywords: Problem gambling, Problem gaming, Well-being, Parental monitoring, Gambling approval, Family functioning, Social support, View of the social environment.

Parole chiave: Gioco d'azzardo problematico, Gaming problematico, Benessere, Supervisione parentale, Approvazione del gioco d'azzardo, Funzionamento familiare, Supporto sociale, Visione dell'ambiente sociale.

Introduzione

Nel nostro paese – attualmente il più grande mercato europeo del gioco d'azzardo e tra i più importanti al mondo – il consumo di gioco è aumentato in modo esponenziale negli ultimi tre decenni. Sono circa 111 i miliardi di euro spesi nel gioco d'azzardo nel 2021 (21% in più rispetto al 2020), più di 67 spesi online; 140 i miliardi stimati nel 2022 (Agenzia delle Accise, Dogane e dei Monopoli).

L'aumento del consumo di gioco è generalizzato: interessa tutte le fasce d'età, entrambi i generi e quasi tutte le aree geografiche.

* Professore Associato di Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università del Salento.

** Direttore del Dipartimento di Dipendenze Patologiche dell'ASL di Lecce.

*** Assegnista di Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università del Salento.

Stando alle stime dell'Istituto Superiore di Sanità, sono 1.5 milioni i giocatori “problematici”, 1.4 milioni i giocatori considerati “a rischio moderato” e due milioni i giocatori “a basso rischio”.

In Italia, la percentuale stimata di giovani tra i 15 e i 19 anni che giocano d'azzardo varia dal 35,7% (Calado *et al.*, 2017) al 48,8% (Cerrai *et al.*, 2018), in ogni caso una delle più alte in Europa (Molinario *et al.*, 2018).

Con la recente comparsa di pratiche di gioco d'azzardo basate sui videogiochi, come le loot box e i casinò online, e il maggiore accesso alle attività di gioco d'azzardo tramite Internet e i dispositivi mobili, l'uso problematico dei videogiochi è emerso come un'ulteriore preoccupazione per la salute pubblica. I tassi di prevalenza stimati di gaming problematico variano dal 2% al 4% tra i campioni di adolescenti europei (Müller *et al.*, 2015).

Diversi studi suggeriscono che gli adolescenti che giocano eccessivamente d'azzardo hanno anche un'alta probabilità di giocare eccessivamente ai videogiochi (Gupta & Derevensky, 1996; Macey & Hamari, 2018; Van Rooij *et al.*, 2014).

Per spiegare questa associazione sono state suggerite comunanze di personalità (ad esempio tratti di impulsività, evitamento del

danno e dipendenza dalla ricompensa) (Mallorquí-Bagué *et al.*, 2017; Sanders & Williams, 2019), comunanze relative alle credenze metacognitive (Casale *et al.*, 2021) e comunanze neurobiologiche (Legault *et al.*, 2021).

Tuttavia, il focus prevalente sulle caratteristiche individuali e sulla sfera intrapsichica ha spesso significato, sul piano dell'intervento, una medicalizzazione dei problemi legati al gioco e ha favorito un meccanismo di delega da parte delle istituzioni familiari, scolastiche e politiche (Abbott *et al.*, 2018, 2020; Reith, 2007).

L'individuo è diventato non solo il target privilegiato dell'intervento ma, spesso, anche l'unico. Questo aspetto appare particolarmente critico quando l'obiettivo finale della ricerca è quello di progettare strategie preventive, più che terapeutiche (Lee *et al.*, 2014): mentre fattori di rischio individuali sono difficilmente monitorabili o gestibili per genitori e insegnanti, i fattori di rischio e protettivi concernenti l'ambiente relazionale e comunitario possono guidare iniziative di prevenzione rivolte non solo ai giovani ma anche al loro ambiente interpersonale di riferimento.

Gli studi longitudinali hanno rilevato l'importanza delle interazioni quotidiane con i membri della famiglia, gli amici o altri significativi, non solo nel costruire il significato del gioco d'azzardo – ancora oggi spesso rappresentato, trasversalmente alle generazioni, come possibile fonte di guadagno o innocua modalità di “distrazione” dai problemi – ma anche nei percorsi con cui gli individui entrano ed escono dalle loro dipendenze nel corso del tempo. Gli altri significativi per esempio impattano la spiegazione data ai problemi, la possibilità di riconoscerli e la probabilità di formulare o meno una domanda di aiuto.

Altre linee di ricerca hanno suggerito il ruolo di dimensioni connesse al capitale sociale (es. fiducia interpersonale e sociale, ampiezza delle reti sociali, supporto sociale) ed evidenziato il rapporto tra ludopatia e malessere sociale, per lo più legato a solitudine, mancanza di appartenenza e vissuti di alienazione.

È nato entro queste considerazioni generali il progetto di ricerca-intervento “A che gioco stiamo giocando” rivolto agli adolescenti del territorio salentino; un progetto finanziato dal Dipartimento di Dipendenze Patologiche dell'ASL di Lecce, e realizzato dal Dipartimento di Scienze Umane e Sociali dell'Università del Salento. Il progetto ha inteso:

- esplorare la diffusione del gioco d'azzardo e del gaming problematico tra gli studenti di scuole secondarie di II grado di Lecce e provincia;
- analizzare il rapporto tra comportamenti di gioco e rappresentazioni connesse espresse dagli studenti e dalle loro famiglie;
- esaminare similarità e differenze nei fattori psicosociali connessi al gioco d'azzardo, al consumo di videogame e ai livelli di benessere/malessere degli studenti;
- raccogliere il punto di vista degli studenti e avviare una prima azione di sensibilizzazione con loro e con gli adulti di riferimento.

In questo lavoro daremo conto dei risultati derivati dalla raccolta dei dati tra gli studenti e connessi a due principali domande di ricerca, che possono essere descritte come segue:

- Qual è la percentuale di adolescenti che manifestano un ingaggio a rischio o problematico di gioco d'azzardo e di gaming?
- Qual è il ruolo di a) qualità della rete relazionale (supporto sociale percepito, funzionamento familiare, supervisione parentale), b) influenza sociale sul gioco d'azzardo (approvazione da parte della famiglia e dei coetanei) e c) visione dell'ambiente sociale, nel predire il gioco d'azzardo problematico,

il gaming problematico e il malessere generale? Esistono specificità nei fattori psicosociali che predicono questi tre outcome?

Metodologia

Procedura di reclutamento e partecipanti

Una lettera che spiegava lo scopo del progetto è stata inviata ai dirigenti delle scuole superiori di II grado di Lecce e provincia. Hanno aderito al progetto 12 diverse realtà scolastiche (liceali, professionali e tecnici).

Nelle scuole partecipanti, due o tre classi di prima e terza sono state selezionate in modo casuale per la somministrazione degli strumenti.

Due membri del team di ricerca hanno introdotto lo scopo dello studio agli studenti: indagare sulle loro abitudini in materia di gioco e conoscere la loro opinione sulla qualità delle relazioni familiari e delle reti sociali.

È stata sottolineata la natura volontaria della partecipazione e l'anonimato delle risposte e sono state incoraggiate domande su eventuali dubbi e necessità di chiarimenti.

I partecipanti sono stati inoltre informati che i dati sarebbero stati analizzati collettivamente e che solo il team di ricerca ne avrebbe avuto accesso.

Sono stati 731 gli studenti coinvolti (78,9% - Età media: 15,47; DS: 1,22).

Strumenti

La Tabella 1 illustra le variabili indagate e gli strumenti utilizzati.

Tab. 1 - Variabili e strumenti utilizzati

Variabili	Strumenti
Gioco d'azzardo problematico	Problem Gambling Severity Index (PGSI; Ferris & Wynne 2001)
Gaming problematico	Gaming Addiction Scale (GAS) - Short-Form (Lemmens, Valkenburg & Peter, 2009, 2015)
Livelli di benessere/malessere	Versione italiana (Di Fabio, 2016) della Flourishing Scale (FS; Diener <i>et al.</i> , 2010)
Supervisione parentale	Parental Monitoring Assessment (PMA; Small & Kerns, 1993)
Approvazione del gioco d'azzardo da parte di familiari e coetanei	Il questionario è stato costruito ad hoc, sulla base della letteratura esistente sugli atteggiamenti e sull'influenza delle norme sociali nel gioco d'azzardo problematico degli adolescenti. Agli intervistati è stato chiesto di indicare il grado di approvazione del gioco d'azzardo nel loro contesto, rispondendo ai seguenti item: I miei amici approvano il gioco d'azzardo; I miei familiari approvano il gioco d'azzardo. La valutazione è stata proposta su una scala a 4 punti, da fortemente in disaccordo a fortemente d'accordo
Funzionamento familiare	Sottoscala del McMaster Family Assessment Device (FAD) (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983)
Supporto sociale	Perceived Social Support Scale (PSSS; Grundy & Murphy, 2007)
Immagine dell'ambiente sociale	View of the Context (VOC; Ciavolino <i>et al.</i> , 2017)

Risultati

Richiamiamo di seguito i principali risultati emersi.

Consumo di gioco e di gaming

I risultati del progetto segnalano una percentuale preoccupante (23%) di studenti che presentano un profilo a rischio (da basso ad elevato) di ludopatia: il 2% soddisfa i criteri della PGSI per il gioco d'azzardo problematico; il 6,6% i criteri per la classificazione come giocatore d'azzardo a rischio moderato; il 16,3% presenta un profilo a basso rischio.

Per quanto riguarda l'ingaggio nel gioco online, il 5% dei partecipanti soddisfa i criteri della GAS per la dipendenza da videogame. Sebbene gli adolescenti non a rischio rappresentino la maggioranza del campione, le percentuali rilevate meritano attenzione, per diverse ragioni.

Le ricerche hanno dimostrato un'associazione tra consumo di gioco e altri comportamenti a rischio, come il consumo di alcol, il fumo di sigaretta e l'uso di marijuana (Griffith *et al.*, 2010; Splevins *et al.*, 2010).

Manifestare un consumo sociale di gioco non significa ovviamente essere privi di rischi a breve o medio termine.

Inoltre, le percentuali di studenti a rischio o problematici sono più alte rispetto alla popolazione adulta a cui le strategie di intervento sono tradizionalmente rivolte.

Capire quali fattori sostengono il passaggio dal consumo non problematico all'uso problematico e prevenire questa transizione è una priorità dal punto di vista della salute pubblica e della popolazione (Messerlian, Derevensky & Gupta, 2005; Reith, Wardle & Gilmore 2019).

I risultati del presente studio offrono alcune indicazioni sull'importanza di prestare attenzione all'ambiente interpersonale dei giovani e alla loro visione dell'ambiente sociale in cui vivono.

Associazioni con le variabili psicosociali

Il modello di regressione multipla utilizzato identifica un nucleo comune alla base del gioco d'azzardo problematico, del gioco d'azzardo e del basso benessere tra gli adolescenti, ma evidenzia anche il ruolo distinto di alcune variabili psicosociali nella probabilità delle tre variabili di esito.

Il ruolo delle caratteristiche socio-anagrafiche

Tutte e tre variabili di esito presentano un'associazione significativa con il genere maschile.

L'impatto del genere sul gioco d'azzardo e sul gaming è coerente con studi precedenti (Blinn-Pike *et al.*, 2010; Molinaro *et al.*, 2018). Le ricerche hanno suggerito il ruolo delle norme sociali e dei benefici e dei rischi percepiti nello spiegare le differenze di genere.

Per esempio, è stato dimostrato che i parametri accettabili del gioco online sono più limitati per le ragazze (Funk & Buchman, 1996) e che i ragazzi ricevono un incoraggiamento più positivo dai loro coetanei (Lucas & Sherry, 2004; Wong *et al.*, 2013).

Ronay e Kim (2006) osservano che la mascolinità condivide stereotipalmente una connessione con l'assunzione del rischio e hanno evidenziato come la compagnia di altri maschi faciliti tali comportamenti.

Un'altra possibile spiegazione del "gender gap" potrebbe essere legata alla specificità dell'offerta di gioco, spesso più variegata e

allettante per i consumatori uomini (es. scommesse sportive, poker online, slot-machine nei bar, ecc.).

Per quanto riguarda l'età, i risultati mostrano che i più giovani hanno una maggiore probabilità di problemi di gaming e di basso benessere.

Il risultato è coerente con gli studi che riportano come sia di più il tempo speso utilizzando Internet e videogiochi nella prima adolescenza (Holtz & Appel, 2011).

L'adolescenza precoce è anche descritta come un periodo di maggiore vulnerabilità a problemi di regolazione degli affetti e del comportamento (Steinberg, 2005), un fattore di rischio riconosciuto per lo sviluppo dell'uso problematico del gioco e del malessere psicologico.

Il ruolo della supervisione parentale

Una percepita bassa supervisione parentale si rileva essere un fattore di rischio comune rispetto a tutti e tre gli outcome considerati. Studi precedenti ne hanno riconosciuto l'associazione con comportamenti a rischio per la salute, come l'attività sessuale non protetta, il consumo di alcol e l'uso di marijuana (Albertos *et al.*, 2016; Fosco *et al.*, 2012); i pochi studi esistenti confermano il ruolo della supervisione parentale anche per quanto riguarda il gioco d'azzardo giovanile (Lee *et al.*, 2014; Spångberg & Svensson, 2020) e il gaming (Bonnaire & Phan, 2017).

Nello studio di Canale (2016), gli adolescenti che percepivano livelli più elevati di conoscenza delle loro attività da parte dei genitori erano più propensi a disapprovare il gioco d'azzardo e avevano una maggiore consapevolezza dei rischi legati al consumo di gioco.

La supervisione genitoriale potrebbe anche essere associata alla selezione del gruppo di amici (Lee *et al.*, 2014) e alla pressione sociale dei pari nel plasmare le norme accettabili di condotta (Wood *et al.*, 2004).

Il ruolo del funzionamento familiare

Il basso funzionamento familiare è stato riscontrato come fattore di rischio comune per il gaming problematico e lo scarso benessere.

È ampiamente riconosciuto che un'adeguata condivisione emotiva, un'elevata flessibilità nelle regole e buoni livelli di soddisfazione di tutti i membri della famiglia contribuiscono al benessere degli adolescenti e prevengono lo sviluppo dei cosiddetti comportamenti di dipendenza negli adolescenti (Fosco *et al.*, 2012; Sari & Dahlia, 2018).

Per quanto riguarda il consumo di videogiochi, la ricerca è ancora in fase iniziale, ma i risultati del presente studio sono coerenti con quanto rilevato da Bonnaire e Phan (2017) sugli adolescenti francesi.

Gli autori hanno riscontrato che il gruppo problematico presentava una minore coesione familiare, un maggior numero di conflitti familiari e una relazione familiare più povera rispetto al gruppo di controllo.

Gli adolescenti con relazioni familiari incrinata possono tendere a giocare per trarre beneficio dall'interazione sociale e per sfuggire a un ambiente familiare disfunzionale.

Il funzionamento familiare non presenta invece associazioni significative con il gioco d'azzardo; ricerche future dovranno chiarire ulteriormente la relazione tra queste variabili (McComb & Sabiston, 2010).

Alcuni studi hanno suggerito che il funzionamento familiare non è un predittore significativo del gioco d'azzardo a rischio/patologico (Ellenbogen *et al.*, 2007), mentre altri studi hanno riscontrato l'esi-

stenza di una relazione bidirezionale, con la famiglia che svolge un ruolo importante nell'avvio e nell'evoluzione del gioco d'azzardo e il gioco d'azzardo problematico che influisce negativamente anche sul funzionamento familiare (Subramaniam *et al.*, 2017).

L'associazione potrebbe anche essere moderata da altre variabili; ad esempio, lo studio di Slecza e colleghi (2018) suggerisce il valore della concordanza percepita dei valori familiari: nelle famiglie con un'efficace risoluzione dei problemi, i valori familiari comuni potrebbero facilitare il riconoscimento e la reazione ai primi segnali problematici.

Il ruolo dell'approvazione del gioco d'azzardo da parte di famiglia e amici

Come atteso, la percezione dell'approvazione del gioco d'azzardo da parte di familiari e amici ha un impatto sulla probabilità di manifestare problemi di gioco d'azzardo: l'approvazione percepita può favorire il consumo e prevenire la consapevolezza del rischio connesso all'attività.

È stato inoltre suggerito che l'approvazione interpersonale può rappresentare il determinante dello sviluppo di credenze metacognitive disfunzionali sul gioco d'azzardo (Rogier *et al.*, 2021).

La variabile non predice problemi di gaming suggerendo che – anche se la maggior parte dei giochi rappresentano tipologie di pratiche di gioco d'azzardo – gli atteggiamenti percepiti verso le due attività sono diversi.

La maggior parte degli adolescenti riceve uno smartphone dai genitori e condivide con i coetanei il facile accesso ai videogiochi.

È ragionevole che questi aspetti favoriscano una visione del consumo di videogiochi come una forma socialmente accettata di svago e intrattenimento in tutte le sottoculture familiari e di pari.

Il ruolo del supporto sociale

Il basso supporto sociale percepito risulta associato sia al gioco d'azzardo problematico che a un basso benessere.

Un basso supporto può costituire un fattore di stress in sé o un buffer che può amplificare l'impatto psicologico negativo dell'esposizione ad eventi di vita negativi.

Studi precedenti hanno suggerito che un buon supporto può attenuare lo stress e sostenere la decisione di ridurre o astenersi dal gioco d'azzardo (Schwarzer & Knoll, 2007; Thomas *et al.*, 2011) mentre in assenza di una rete di supporto, il gioco d'azzardo può essere riconosciuto come un modo per sfuggire alle difficoltà legate ed emozioni e condizioni spiacevoli (Wood & Griffiths, 2007).

Non si è riscontrata un'associazione significativa tra supporto sociale e gaming.

Il risultato non è ovvio, ma è comunque comprensibile.

Come suggerito sopra, il consumo di videogiochi, più che il gioco d'azzardo, costituisce una forma socialmente accettata di svago e intrattenimento.

È ragionevole assumere che il gaming sia praticato quotidianamente dalla maggior parte degli adolescenti, che siano giocatori problematici o meno, e che percepiscano un supporto alto o basso dai loro social network, anche se ragioni diverse possono motivare il consumo.

Il ruolo dell'immagine dell'ambiente sociale

Le analisi hanno suggerito un rapporto significativo tra una visione anomica del contesto (rilevata attraverso il questionario View

of the Context di Ciavolino *et al.*, 2017) e tutti e tre gli outcome considerati (gioco d'azzardo e gaming problematico, basso benessere).

Secondo Thorlindsson e Bernburg (2004), al centro del concetto di anomia c'è "l'idea generale che l'assenza di chiare regole di comportamento e l'ambiguità nelle regole e negli obiettivi crei uno stato in cui l'individuo affronta incertezza, aspettative contrastanti e norme e valori ambigui" (p. 274).

È ragionevole assumere che senza speranza di poter di andare avanti in un contesto percepito come privo di regole, e, quindi, come inaffidabile, il proprio funzionamento in aree importanti come le relazioni, l'autostima, lo scopo e il significato sia compromesso.

Anche l'impatto dell'anomia sui due esiti comportamentali è pienamente comprensibile.

Gli adolescenti posizionati su una visione anomica del contesto percepiscono il loro ambiente socio-culturale come un luogo dove le persone non possono contare su nessuno, e riconoscono nella fortuna e nell'infrazione delle regole un mezzo per ottenere successo nella vita.

È ragionevole che all'interno di questo scenario, le norme e i valori sociali non siano in grado di operare come regolatori dei propri pensieri, desideri, e il presente sia l'unica esperienza rappresentabile.

Il gioco d'azzardo e il gaming possono assumere questo significato, in quanto attività legate al piacere immediato o al tentativo di ripristinare un senso di agency (Rogier *et al.*, 2020).

I risultati sono coerenti con precedenti studi sulle dipendenze da sostanze e comportamentali (Venuleo *et al.*, 2015a, 2015b, 2016, 2019).

Rapporti tra gioco d'azzardo, gaming e benessere

Come atteso, le attività di gioco d'azzardo e gaming risultano associate.

Studiosi influenti ne hanno evidenziato le somiglianze strutturali (Griffiths & Wood, 2000).

I risultati sopra discussi evidenziano anche l'associazione condivisa con comuni fattori di rischio psicosociale.

L'associazione tra gaming e benessere è coerente con l'idea che il gioco possa essere inteso come un modo disadattivo di fuggire al disagio emotivo e affrontare le esperienze di vita difficili che causano dolore, stress e sofferenza (Blasi *et al.*, 2019; Deleuze *et al.*, 2019).

Il basso benessere può essere compreso anche come l'esito di problemi legati al gaming, in accordo all'idea che uno degli effetti dannosi sia l'interruzione di relazioni significative (Király *et al.*, 2018), con conseguente aumento del disagio psicologico.

I livelli di gioco d'azzardo non presentano un'associazione significativa con i livelli di benessere. Il risultato non è ovvio ma è comprensibile se si tiene conto del ruolo dell'ambiente sociale e culturale (Marinaci *et al.*, 2019).

Si può infatti ipotizzare che l'impatto del gioco d'azzardo sul benessere dipenda, almeno in parte, dalla rete sociale in cui il comportamento prende forma.

Ad esempio, all'interno di famiglie e sottoculture che esprimono un atteggiamento positivo verso il gioco d'azzardo, il consumo di gioco difficilmente esita nella frattura delle relazioni, come può avvenire nelle sottoculture in cui il consumo di gioco d'azzardo è disapprovato.

Studi precedenti supportano l'idea che le norme sociali e culturali svolgono un ruolo importante nel dare forma all'entità del danno legato al modo di comportarsi delle persone.

Coerentemente, Dressler e colleghi (2007) hanno suggerito che il grado di prossimità delle proprie convinzioni e comportamenti a modelli culturali ampiamente condivisi influenza i livelli di disagio psicosociale e gli esiti sulla salute, compreso l'ingaggio in comportamenti a rischio.

Conclusioni

I risultati dello studio rappresentano un contributo all'analisi dei fattori di protezione e di rischio psicosociale del gioco d'azzardo e del gaming problematico, nonché del basso benessere tra gli adolescenti, sottolineando l'importanza di tenere conto del ruolo della sfera interpersonale e sociale oltre al ruolo di dimensioni (neurobiologiche, temperamentali, di personalità) attinenti alla sfera individuale su cui si è concentrata la maggior parte degli studi precedenti.

A livello di intervento, i risultati suggeriscono la necessità di esaminare più da vicino il modo in cui gli adolescenti, il loro sistema di attività e la loro cultura partecipano alla costruzione del significato del gioco d'azzardo e del gaming, e l'importanza di identificare la rete interpersonale degli adolescenti come target strategico delle iniziative preventive.

Tuttavia, la sfera interpersonale rappresenta solo un lato della questione.

La sensazione di vivere in un contesto anomico, dove la fortuna è più importante dell'acquisizione di conoscenze per costruire il proprio futuro, è un drammatico fattore di rischio che emerge nello studio attuale e che richiede sforzi innovativi ed efficaci a livello comunitario e politico perché si tratta di rispondere a una domanda di senso e di identità, tanto più profonda quanto più la transazione con l'ambiente appare incerta, i problemi poco rappresentabili, le alternative per affrontarli indisponibili (Venuleo, 2022).

Quale cura? Se, per citare Foulkes (1975), l'individuo è "un pezzo di un puzzle, formato ma anche 'deformato', dalle condizioni caratterizzanti la rete in cui è nato e cresciuto" (p. 275), si tratta di ripensare – radicalmente – le risorse materiali, relazionali e simboliche (es. canali di socializzazione, modelli di rapporto, stili educativi, modalità di comunicazione, criteri di riconoscimento sociale) che l'ambiente mette a disposizione.

"A che gioco culturale giochiamo, come genitori, come pari, come vicini, come politici?": può essere una domanda utile per progettare strategie di prevenzione e contrasto che tengano conto delle dinamiche relazionali e sociali in cui gli adolescenti vivono e interpretano la loro esperienza e la loro identità sociale.

Riferimenti bibliografici

- Abbott M.W. (2020). The changing epidemiology of gambling disorder and gambling-related harm: Public health implications. *Public Health*, 184: 41-45. doi: 10.1016/j.puhe.2020.04.003.
- Abbott M.W., Binde P., Clark L., Hodgins D.C., Johnson M.R., Manitowabi D., Quilty L., Spångberg J., Volberg R., Walker D., Williams R.J. (2018). *Conceptual framework of harmful gambling: An International Collaboration*, Third Edition. Ontario, Canada: Gambling Research Exchange Ontario (GREO). doi: 10.33684/CFHG3.en.
- Albertos A., Osorio A., Lopez-del Burgo C., Carlos S., Beltramo C., Trullols F. (2016). Parental knowledge and adolescents' risk behaviors. *Journal of Adolescence*, 53: 231-236. doi: 10.1016/j.adolescence.2016.10.010.
- Blasi M.D., Giardina A., Giordano C., Coco G.L., Tosto C., Billieux J., Schimmenti A. (2019). Problematic video game use as an emotional coping strategy: Evidence from a sample of MMORPG gamers. *Journal of Behavioral Addictions*, 8: 25-34. doi: 10.1556/2006.8.2019.02.

- Blinn-Pike L., Worthy S.L., Jonkman J.N. (2010). Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *Journal of Adolescent Health*, 47: 223-36.
- Bonnaire C., Phan O. (2017). Relationships between parental attitudes, family functioning and Internet gaming disorder in adolescents attending school. *Psychiatry Research*, 255: 104-110. doi: 10.1016/j.psychres.2017.05.030.
- Calado F., Griffiths M.D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4): 592-613. doi: 10.1556/2006.5.2016.073.
- Casale S., Musicò A., Spada M.M. (2021). A systematic review of metacognitions in Internet Gaming Disorder and problematic Internet, smartphone and social networking sites use. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1-15. doi: 10.1002/cpp.2588.
- Cerrai S., Resce G., Molinaro S. (2018). *Consumi d'azzardo 2017 - Rapporto di Ricerca sulla diffusione del gioco d'azzardo fra gli italiani attraverso gli studi IPSAD® ed ESPAD® Italia. (Consumptions of Gambling 2017 - Research Report on the diffusion of gambling among Italians through studies IPSAD® and ESPAD® Italy)*. Cnr Edizioni.
- Ciavolino E., Redd R., Evrinyom A., Falcone M., Fini V., Kadianaki I., Kullasepp K., Mannarini T., Matsopoulos A., Mossi P., Rochira A., Santarpia A., Sammut G., Valsiner J., Veltri G.A., Salvatore S. (2017). Views of Context. An instrument for the analysis of the cultural milieu. A first validation study. *Electronic Journal of Applied Statistical Analysis*, 10: 599-628. doi: 10.1285/i20705948v10n2p599.
- Deleuze J., Maurage P., Schimmenti A., Nuyens F., Melzer A., Billieux J. (2019). Escaping reality through videogames is linked to an implicit preference for virtual over real-life stimuli. *Journal of Affective Disorders*, 245: 1024-1031. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.078.
- Diener E., Wirtz D., Tov W., Kim-Prieto C., Choi D.W., Oishi S., Biswas-Diener R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97: 143-156. doi: 10.1007/s11205-009-9493-y.
- Dressler W.W., Balieiro M.C., Ribeiro R.P., Dos Santos J.E. (2007). Cultural consonance and psychological distress: examining the associations in multiple cultural domains. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 31: 195-224. doi: 10.1007/s11013-007-9046-2.
- Ellenbogen S., Gupta R., Derevensky J.L. (2007). A cross-cultural study of gambling behavior among adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 23: 25-39. doi: 10.1007/s10899-006-9044-2.
- Epstein N.B., Baldwin L.M., Bishop D.S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2): 171-180. doi: 10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x.
- Ferris J., Wynne H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final report*. Canadian Centre for Substance Abuse. www.ccsa.ca.
- Fosco G.M., Caruthers A.S., Dishion T.J. (2012). A six-year predictive test of adolescent family relationship quality and effortful control pathways to emerging adult social and emotional health. *Journal of Family Psychology*, 26: 565-575. doi: 10.1037/a0028873.
- Foulkes S.H. (1974). My philosophy in psychotherapy. In: Maratos J. (ed.), *Foundations of Group Analysis for the Twenty First Century*. London: Routledge, pp. 43-51.
- Funk J.B., Buchman D.D. (1996). Children's perceptions of gender differences in social approval for playing electronic games. *Sex Roles*, 35: 219-231. doi: 10.1007/BF01433108.
- Griffiths M., Wardle H., Orford J., Sproston K., Erens B. (2010). Gambling, alcohol, consumption, cigarette smoking and health: Findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey. *Addiction Research & Theory*, 18(2): 208-223. doi: 10.3109/16066350902928569.
- Griffiths M., Wood R.T. (2000). Risk factors in adolescence: The case of gambling, videogame playing, and the Internet. *Journal of Gambling Studies*, 16: 199-225. doi: 10.1023/A:1009433014881.
- Grundy E., Murphy M. (2007). *Marital status and family support for the oldest-old in Great Britain. In Human Longevity, Individual Life Duration, and the Growth of the Oldest-Old Population*. Springer, pp. 415-436. doi: 10.1007/978-1-4020-4848-7_18.
- Gupta R., Derevensky J.L. (1996). The relationship between gambling and video-game playing behavior in children and adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 12(4): 375-394. doi: 10.1007/BF01539183.

- Holtz P., Appel M. (2011). Internet use and video gaming predict problem behavior in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 34: 49-58. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.02.004.
- Király O., Griffiths M.D., King D.L., Lee H.K., Lee S.Y., Bányaí F., Zsila Á., Takacs Z.K., Demetrovics Z. (2018). Policy responses to problematic video game use: A systematic review of current measures and future possibilities. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3): 503-517. doi: 10.1556/2006.6.2017.050.
- Lee G.P., Stuart E.A., Ialongo N.S., Martins S.S. (2014). Parental monitoring trajectories and gambling among a longitudinal cohort of urban youth. *Addiction*, 109: 977-985. doi: 10.1111/add.12399.
- Legault M.C., Liu H.Z., Balodis I.M. (2021). Neuropsychological Constructs in Gaming Disorders: a Systematic Review. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 1-18. doi: 10.1007/s40473-021-00230-z.
- Lemmens J.S., Valkenburg P.M., Gentile D.A. (2015). The Internet gaming disorder scale. *Psychological Assessment*, 27, 567. doi: 10.1037/pas0000062.
- Lemmens J.S., Valkenburg P.M., Peter J. (2009). Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychology*, 12: 77-95. doi: 10.1080/15213260802669458.
- Lucas K., Sherry J.L. (2004). Sex differences in video game play: A communication-based explanation. *Communication Research*, 31: 499-523. doi: 10.1177/0093650204267930.
- McComb J.L., Sabiston C.M. (2010). Family influences on adolescent gambling behavior: A review of the literature. *Journal of Gambling Studies*, 26: 503-520. doi: 10.1007/s10899-010-9181-5.
- Macey J., Hamari J. (2018). Investigating relationships between video gaming, spectating esports, and gambling. *Computers in Human Behavior*, 80: 344-353. doi: 10.1016/j.chb.2017.11.027.
- Mallorquí-Bagué N., Fernández-Aranda F., Lozano-Madrid M., Granero R., Mestre-Bach G., Baño M., Pino-Gutiérrez A. D., Gómez-Peña M., Aymamí N., Menchón J.M., Jiménez-Murcia S. (2017). Internet gaming disorder and online gambling disorder: Clinical and personality correlates. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(4): 669-677. doi: 10.1556/2006.6.2017.078.
- Marinaci T., Venuleo C., Buhagiar L., Mossi P., Sammut G. (2019). Considering the socio-cultural terrain of hazardous behaviours: A Cross-Cultural Study on problem gambling among Maltese and Italian people. *Community Psychology in Global Perspective*, 6: 129-148. doi: 10.1285/i24212113v6i1p129.
- Messerlian C., Derevensky J., Gupta R. (2005). Youth gambling problems: A public health perspective. *Health Promotion International*, 20: 69-79. doi: 10.1093/heapro/dah509.
- Molinaro S., Benedetti E., Scalse M., Bastiani L., Fortunato L., Cerrai S., Canale N., Chomynova P., Elekes Z., Feijão A., Fotiou A., Kokkevi A., Kraus L., Rupsienė L., Monshouwer K., Nociar A., Urdih Lazar T. (2018). Prevalence of youth gambling and potential influence of substance use and other risk factors throughout 33 European countries: First results from the 2015 ESPAD study. *Addiction*, 113: 1862-1873. doi: 10.1111/add.14275.
- Müller K.W., Janikian M., Dreier M., Wölfling K., Beutel M.E., Tzavara C., Richardson C., Tsitsika A. (2005). Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(5): 565-74. doi: 10.1007/s00787-014-0611-2.
- Reith G. (2007). Gambling and the contradictions of consumption: A genealogy of the "pathological" subject. *American Behavioral Scientist*, 51: 33-55. doi: 10.1177/0002764207304856.
- Reith G., Wardle H., Gilmore I. (2019). Gambling harm: A global problem requiring global solutions. *The Lancet*, 394: 1212-1214. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31991-9.
- Rogier G., Beomonte Zobel S., Morganti W., Ponzoni S., Velotti P. (2021). Metacognition in gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 112. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106600.
- Rogier G., Caputo A., Langher V., Lysaker P.H., Dimaggio G., Velotti P. (2020). Giving a voice to gambling addiction: Analysis of personal narratives. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 1-16. doi: 10.1007/s11013-019-09644-7.
- Ronay R., Kim D.Y. (2006). Gender differences in explicit and implicit risk attitudes: A socially facilitated phenomenon. *British Journal of Social Psychology*, 45(2): 397-419. doi: 10.1348/014466605X66420.
- Sanders J., Williams R. (2019). The relationship between video gaming, gambling, and problematic levels of video gaming and gambling. *Journal of Gambling Studies*, 35(2): 559-569. doi: 10.1007/s10899-018-9798-3.
- Schwarzer R., Knoll N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping processes: A theoretical and empirical review. *International Journal of Psychology*, 42: 243-252. doi: 10.1080/00207590701396641.
- Slecza P., Braun B., Grüne B., Bühringer G., Kraus L. (2018). Family functioning and gambling problems in young adulthood: The role of the concordance of values. *Addiction Research & Theory*, 26: 447-456. doi: 10.1080/16066359.2017.1393531.
- Small S.A., Kerns D. (1993). Unwanted sexual activity among peers during early and middle adolescence: Incidence and risk factors. *Journal of Marriage and the Family*, 55: 941-952.
- Spångberg J., Svensson J. (2020). Gambling among 16-year-olds and associated covariates: A Nordic comparison. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1-12. doi: 10.1177/1403494820923814.
- 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(2): 189-204. doi: 10.1007/s10899-009-9169-1.
- Steinberg L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9: 69-74. doi: 10.1016/j.tics.2004.12.005.
- Subramaniam M., Chong S.A., Satghare P., Browning C.J., Thomas S. (2017). Gambling and family: A two-way relationship. *Journal of Behavioral Addictions*, 6: 689-698. doi: 10.1556/2006.6.2017.082.
- Thomas A.C., Allen F.L., Phillips J., Karantzas G. (2011). Gaming machine addiction: The role of avoidance, accessibility and social support. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25, 738. doi: 10.1037/a0024865.
- Van Rooij A.J., Kuss D.J., Griffiths M.D., Shorter G.W., Schoenmakers T.M., Van De Mheen D. (2014). The (co-) occurrence of problematic video gaming, substance use, and psychosocial problems in adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, 3: 157-165. doi: 10.1556/jba.3.2014.013.
- Venuleo C. (2022). Con-testi di vulnerabilità e domanda di senso. Riflessioni sulle sfide sociali della psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 16(2): 76-88.
- Venuleo C., Calogiuri S., Rollo S. (2015). Unplanned reaction or something else? The role of subjective cultures in hazardous and harmful drinking. *Social Science & Medicine*, 139: 9-17. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.06.023.
- Venuleo C., Mossi P., Rollo S. (2019). The social-cultural context of risk evaluation. An exploration of the interplay between cultural models of the social environment and parental control on the risk evaluation expressed by a sample of adolescents. *Psicologia della Salute*, 3: 28-53. doi: 10.3280/PDS2019-003003.
- Venuleo C., Rollo S., Marinaci T., Calogiuri S. (2016). Towards a cultural understanding of addictive behaviours. The image of the social environment among problem gamblers, drinkers, internet users and smokers. *Addiction Research & Theory*, 24: 274-287. doi: 10.3109/16066359.2015.1126257.
- Venuleo C., Salvatore S., Mossi P. (2015b). The role of cultural factors in differentiating pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 31: 1353-1376. doi: 10.1007/s10899-014-9476-z.
- Thorlindsson T., Bernburg J.G. (2004). Durkheim's theory of social order and deviance: a multi-level test. *European Sociological Review*, 20(4): 271-285. doi: 10.1093/esr/jch025.
- Wong G., Zane N., Saw A., Chan A.K.K. (2013). Examining gender differences for gambling engagement and gambling problems among emerging adults. *Journal of Gambling Studies*, 29: 171-189. doi: 10.1007/s10899-012-9305-1.
- Wood R.T.A., Griffiths M.D. (2007). A qualitative investigation of problem gambling as an escape-based coping strategy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80: 107-125. doi: 10.1348/147608306X107881.

Interazioni tra farmaci, droghe ed alimenti

Loris Rivalta*, Susanna Melina**, Eva De Matteis***, F. Cristofalo**, Santo Gratteri*****

SUMMARY

■ *This work aims to introduce and analyze synthetically, the main interactions between drugs, between drugs and molecules with pharmaceutical ingredients, between medicines and food, with an initial reference between pharmaceuticals and foods. The most frequent interactions of these substances in drug addicts' drug habits will also be indicated, to improve their knowledge, evaluation and comparison, in order to recognise the serious possible consequences.* ■

Keywords: *Drugs, Molecules with pharmaceutical ingredients, Drugs and food, and interaction of these substances in drug addicts.*

Parole chiave: *Droghe, Molecole con principi farmaceutici, Droghe e alimenti, e interazioni di tali sostanze con le abitudini drogastiche.*

Introduzione

Purtroppo non è così raro, come si crede, che alcuni tossicodipendenti (volontariamente o involontariamente) fanno uso contemporaneo di sostanze tra loro potenzialmente nocive, basti pensare ad esempio all'interazione degli allucinogeni acidi con l'assunzione di succo di pompelmo, in grado di provocare conseguenze impreviste e sorprendenti e non sempre positive.

Alcune molecole alimentari, infatti, possono interagire con alcune componenti della droga, alterandone l'efficacia in senso positivo o negativo e generando effetti diversi.

Pur essendo indispensabile, per provocare gli effetti psicotropi, l'assunzione di droga in senso lato, esistono fattori interferenti, spesso di origine alimentare che possono modificare in entrambi i sensi gli effetti che il principio attivo normalmente induce nel soggetto che lo usa.

Ecco perché è importante conoscere le varie interazioni tra cibo e principi attivi analizzandole sia dal punto di vista farmacodinamico che da quello farmacocinetico.

Purtroppo le interazioni tra cibi e farmaci o droghe non vengono approfondite o sono poco considerate nella normale routine medica, tendendo a sottovalutare il problema.

Tale presunzione si basa soprattutto sulla percezione che, poiché nelle sostanze alimentari, la concentrazione delle molecole che sono in grado di interagire con i farmaci o le droghe è generalmente molto bassa, si pensa che queste non possano avere alcun effetto apprezzabile.

* *Ex dirigente biologo ASPCZ e Professore incaricato, scuola di specializzazione Tossicologia Forense, Medicina Legale, Università degli studi Magna Graecia, Catanzaro.*

** *Tesista Farmacia Università degli studi Magna Graecia, Catanzaro.*

*** *Biotecnologa Farmaceutica, libera professionista.*

**** *Biotecnologa UNIFE.*

***** *Professore, Direttore Medicina Legale, Università degli studi Magna Graecia, Catanzaro.*

Questa presunzione purtroppo è decisamente sbagliata, ed a volte le conseguenze di tali associazioni sono spesso rilevanti e capaci di creare danni seri.

Nel campo puramente farmacologico esistono, ad esempio, alcuni farmaci terapeutici, ma anche da banco, che dovrebbero essere accompagnati da una lista di alimenti che dovrebbero essere esclusi dalla dieta quando li si sta assumendo.

La ragione non è solo perché questi ultimi possono interagire sulle singole isoforme del P450, incrementando o diminuendo l'efficacia del farmaco, e nemmeno perché, come forse non tutti sanno, esistono varianti genetiche delle isoforme che inducono metabolizzazioni lente, normali o veloci, ma a volte anche per interazioni dirette dell'alimento sul farmaco.

Ad esempio i casi più noti sono:

L'alcol che interagisce con l'insulina con doppio effetto ma anche su molti altri farmaci come ad esempio gli antistaminici, paracetamolo, antiinfiammatori narcotici, ecc.

Il succo di pompelmo può aumentare la tossicità del paracetamolo e di altri farmaci o come già accennato, di alcune droghe mentre viceversa, i broccoli spesso aumentano la metabolizzazione di alcuni farmaci riducendo ad esempio l'efficacia del paracetamolo e di alcuni altri farmaci.

La liquirizia che può aumentare la tossicità della digossina. I vegetali ricchi di vitamina K (quelli a foglia verde) riducono la capacità dell'aspirina di fluidificare il sangue. Il cioccolato o meglio il cacao, potrebbe inibire i farmaci IMAO. I latticini ed il latte che riducono l'assorbimento degli antibiotici. Il caffè o meglio la caffeina e la teofillina (anche quella contenuta nel cioccolato) potrebbero aumentare la tossicità del metifenidato oppure possono inibire gli ansiolitici ed i sedativi ipnotici.

Come esistono le interferenze tra alimenti e farmaci, così anche tra alimenti e droghe esistono molte altre interazioni relative, ed alcune possono essere molto gravi.

Vediamo alcune principali nozioni, iniziando con le interazioni tra le singole droghe e passando poi a quelle tra gli alimenti e le droghe principali.

Le droghe interagiscono tra loro?

Le interazioni tra droga e droga sono spesso comuni e possono essere incredibilmente pericolose, talvolta persino letali, ma non solo, a volte, anche le sostanze da taglio possono interferire. Spesso, i composti da taglio presenti nelle droghe che reagiscono fra loro sono gli stessi che si possono trovare negli alimenti o perlomeno possono derivare da essi.

Associazione tra droga e droga

L'interazione droga-droga molto comune tra quelle ricreative è certamente la sinergia che si verifica fra alcol e cocaina.

Quando la cocaina e l'etanolo (alcol) si mescolano nello stomaco, formano la cocaetilene.

La cocaetilene ha effetti più potenti ed euforizzanti di quelli di alcol o cocaina presi da soli quindi gli assuntori, attratti dalla maggiore efficacia, tendono naturalmente ad associare le due molecole.

Il rovescio della medaglia, supportata da numerose evidenze scientifiche è che l'associazione sia più cardi tossica e possa comportare un aumento di 18-25 volte del rischio di morte immediata.

Chiunque abbia bevuto alcol e consumato cannabis allo stesso tempo sa che possono esaltare reciprocamente i loro effetti e decisamente non sempre in modo piacevole!

L'etanolo, infatti, accresce in ampia misura l'assorbimento del THC.

Il plasma sanguigno prelevato da persone che hanno consumato cannabis dopo aver bevuto alcol contiene una quantità di THC significativamente maggiore rispetto a chi non ha bevuto.

L'abbinamento di alcool e oppiacei, anche se contenuti in antidolorifici, può portare anche alla morte: questo perché entrambi agiscono sul sistema nervoso centrale provocando uno smodato sovradosaggio, soprattutto rallentando il ritmo respiratorio.

Un esempio di ciò lo si verifica soprattutto con l'uso di alcool ed ossicodone che da studi eseguiti su giovani volontari, porta ad una riduzione ventilatoria indotta dal centro del respiro che passa dal 28% indotto dall'ossicodone al 47 % con l'assunzione di solo un grammo di alcool etilico.

Chiaramente anche tutti gli altri oppiacei e soprattutto la eroina o morfina hanno comportamenti molto simili.

Tale comportamento è tipico anche dell'associazione tra benzodiazepine e alcool in quantità rilevanti con un meccanismo del tutto simile sul centro del respiro.

Un riferimento particolare va fatto a carico della associazione tra alcool e ketamina, due sostanze che agiscono contemporaneamente sulle aree cerebrali che hanno il controllo ed il coordinamento dei movimenti creando una potente atassia con forti rischi di vomito e perdita di coscienza.

Se quindi, l'associazione dei due fenomeni non viene gestita in maniera ottimale, con posizioni reali di espulsione e recupero del respiro, l'uso di alcool e ketamina, può provocare, soprattutto in posizione supina, l'aspirazione nei polmoni del vomito con gravi problemi asfittici.

Infine il potenziamento indotto dalla associazione tra alcol ed anfetamine o metamfetamine può essere veramente devastante a seconda della dose di alcool introdotta.

L'amfetamina è uno stimolante del sistema nervoso centrale, che causa ipertensione e tachicardia, con sensazioni di aumento di fiducia, socialità ed energia.

Riduce significativamente l'appetito e la fatica e provoca insonnia. Gli effetti dopo l'assunzione orale si hanno a distanza di 30 minuti e durano molte ore.

Esistono, inoltre, a parte quelle già descritte sopra, associazioni di droghe già ben note ai consumatori di cui ora faremo un breve cenno.

Iniziamo con la più conosciuta ovvero l'associazione tra eroina e cocaina ovvero la "speedball", il cui scopo è tecnicamente combinare gli effetti delle due droghe in modo da provocare un *high* più forte e controbilanciare gli effetti avversi combinando un eccitante con un calmante.

Ora, se da una parte, tale interazione aumenta di molto l'euforia rispetto all'uso singolo delle due sostanze è altresì vero che possano potenziarsi gli effetti collaterali, in particolare sul cuore, soprattutto se la via scelta non è la nasale ma l'endovenosa. Purtroppo non si tiene conto che l'uso simultaneo di eroina ad attività cardio deprimente si scontra con gli effetti vaso costrittivi ipertensivi e tachicardici della cocaina, con predominanza temporale della depressione eroinica.

Tutto questo comporta che alla dissoluzione dell'effetto cocainico si potenzia l'effetto morfino, con netta e pericolosa depressione respiratoria.

Altre combinazioni pericolose e da evitare assolutamente sono di solito le seguenti:

Anfetamine e tramadolo

Il tramadolo è un oppioide a buona potenza antidolorifica ma che ha come effetti avversi a concentrazioni elevate nausea, costipazione, sindrome serotoninergica e convulsioni piuttosto evidenti se lo si abbina alle anfetamine proprio il fenomeno convulsivo viene potenziato con conseguenze anche pericolose e non facilmente controllabili.

Excstasy (MDMA) ed IMAO (farmaci)

Tale associazione è veramente pericolosa e molto spesso fatale conosciuta con il termine scientifico di sindrome serotoninergica grave.

In particolare gli inibitori di Monossidasi B tendono a potenziare gli effetti della MDMA in modo imprevedibile sia in termini di durata che in quelli di potenza degli effetti avversi.

Di contro invece gli IMAO – A aumentano notevolmente le crisi ipertensive con le relative possibili conseguenze.

In ogni caso tale associazione porta a notevoli rischi di decessi.

SSRI ed IMAO

Anche in questi casi l'associazione tra questi farmaci spesso abusati essendo entrambi antidepressivi può essere estremamente dannosa ed assolutamente da evitare portando spesso ai scenari peggiori della fatale sindrome serotoninergica, quindi noi consigliamo nei casi di depressione i soli SSRI mediamente più tollerati e meno propensi ad interazioni pericolose degli IMAO.

Non tutte le associazioni tra droghe sono così devastanti e pericolose, ma sono comunque da evitare soprattutto per la dipendenza che possono indurre.

In linea generale possiamo dire che associare.

DMT e Funghi psichelici può portare ad esperienze più lunghe e più potenti senza creare grossi rischi.

Funghi ed MDMA, non esagerando con i funghi, possono dare esperienze forti ma relativamente sicure agendo la MDMA come stabilizzante dei funghi stessi generando esperienze forti che comunque sarebbe meglio evitare per il loro forte potenziale attrattivo.

Funghi e Mescalina

Sarebbe meglio dire mescalina e funghi in quanto la mescalina viene preferita per iniziare l'assunzione del pool in quanto, sebbene entrambe le droghe siano psicheliche e tendano a potenziarsi vicendevolmente, la mescalina è certamente, tra le due, quella a minor potenziale psichelico e permette una entrata nel viaggio diciamo più morbida e piacevole rispetto all'uso invertito.

Gli effetti chiaramente dopo l'introduzione dei funghi, rispecchiano quelli associati delle due sostanze che si sentono contemporaneamente con un potenziamento in durata e potenza.

Ketamina e Cannabis

Premesso che la Ketamina non sia certamente una droga da sottovalutare, anzi tutt'altro, in effetti la combinazione con il THC aumenta gli effetti dissociativi e l'euforia permettendo un minor uso di ketamina per chi è a conoscenza di tale associazione.

THC e MDMA

L'uso contemporaneo a dosi giuste e relativamente basse di queste due droghe (anche se poi i tossicodipendenti non lo fanno, anzi tutt'altro) in realtà può ridurre, proprio per i loro effetti contrastanti, gli effetti avversi soprattutto della MDMA.

Infatti mentre la MDMA incrementa la temperatura corporea e lo stress ossidativo cerebrale specie in periodo estivo (troppo calore) il THC riduce lievemente la temperatura corporea ed ha una importante azione antiinfiammatoria ed anti ossidante.

Come già anticipato, escludendo forse l'ultima osservazione che qualche beneficio lo porta, tali comportamenti anche se relativamente sicuri rispetto ai precedenti, non fanno altro che favorire l'uso di sostanze che di certo non sono salutari.

Quali alimenti interagiscono con la Cannabis?

Ma torniamo al cibo, e al vegetale preferito di molte persone: la cannabis.

Le interazioni cibo-cannabis esistono, anche se sono piuttosto moderate.

Alcune di esse potrebbero essere considerate, da parte degli assuntori, più desiderabili, altre meno. Qui di seguito vediamo in dettaglio i meccanismi di tre delle interazioni più comuni.

Alimenti che contengono Mircene

Il mircene è un monoterpene presente in molte sostanze alimentari (compresa la cannabis), ma anche in frutti come il mango e in erbe come il timo.

Potreste aver sentito dire che certe persone potenziano la cannabis con il mango, frutto che contiene buone quantità di monoterpene.

Si pensa che il mircene possa incrementare la capacità del THC di attraversare la barriera ematoencefalica, riducendo fino a 5 secondi il tempo necessario (Russo, 2011).

Ma che ruolo ha il cibo in tutto questo?

Alcuni sostengono, ma è solo un'ipotesi, che l'assunzione di alimenti ricchi di mircene possa incidere potenziando gli effetti della cannabis.

Secondo alcune testimonianze aneddotiche, lo sbalzo si manifesta più rapidamente risultando più intenso e prolungato.

Sebbene ciò non sia stato dimostrato, si è però osservato che differenti livelli di mircene nella cannabis producono sbalzi altrettanto diversificati.

Se vi siete mai chiesti come mai certe varietà di cannabis inducano effetti energizzanti (sativa) ed altre forniscano potenti effetti sedativi (*indica*), a quanto pare il mircene potrebbe svolgere un ruolo importante in tutto questo.

Le varietà con oltre lo 0,5% di mircene tendono ad essere più sedative, mentre quelle con livelli inferiori allo 0,5% risultano più stimolanti (Surendran *et al.*, 2021).

Cioccolato

La maggior parte delle persone si trova d'accordo sul fatto che mangiare cioccolato quando si è "sballati" sia un'esperienza piacevole.

Certe volte però, a seconda del tipo di cioccolato, questa combinazione ha un'azione più profonda, che non il semplice piacere dello zucchero, quando si ha la *fame chimica*.

Il cioccolato nero, non processato, contiene teobromina, che si pensa faccia aumentare i livelli di anandamide nell'organismo.

L'anandamide è un endocannabinoide presente per natura, prodotto dall'organismo stesso. L'anandamide si lega ai recettori CB1 e CB2 e si pensa che il THC si leghi a questi stessi recettori imitando la forma dell'anandamide.

Tuttavia, mentre il THC provoca uno sbalzo psicoattivo, l'anandamide suscita semplicemente delle piacevoli sensazioni.

Di fatto, malgrado le loro similitudini, si pensa che un aumento dei livelli di anandamide possa controbilanciare alcuni degli effetti negativi del THC.

Per questo si ritiene che il CBD (Hudson *et al.*, 2019) possa risultare benefico in combinazione con il THC (anche il CBD fa aumentare i livelli di anandamide).

Pertanto, si pensa che consumare cioccolato nero assieme a cannabis ricca di THC renda lo sbalzo più rilassante, e induca sensazioni più gradevoli e rilassate.

Alcol

L'alcol è ovviamente una droga, e pertanto l'interazione alcol-cannabis è da considerarsi un'interazione droga-droga più che una interazione droga alimento.

Tuttavia, dato che si tratta di una delle molecole più comuni ed utilizzate in vari modi al mondo, merita senz'altro di essere menzionata.

Chiunque abbia bevuto alcol e consumato cannabis allo stesso tempo sa che possono esaltare reciprocamente i loro effetti e decisamente non sempre in modo piacevole!

L'etanolo accresce in ampia misura l'assorbimento del THC.

Il plasma sanguigno prelevato da persone che hanno consumato cannabis dopo aver bevuto alcol contiene una quantità di THC significativamente maggiore rispetto a chi non ha bevuto. Sebbene molte persone apprezzino questa combinazione, è sempre bene procedere con cautela quando si combinano delle droghe fra loro, specialmente quando l'intenzione è quella di esaltarne i rispettivi effetti.

Ciò che può essere gradevole se preso da solo può rapidamente diventare qualcosa di spiacevole, o perfino pericoloso, se agisce in combinazione con qualcos'altro.

Quali alimenti interagiscono con gli allucinogeni?

Le interazioni fra cibo e cannabis di cui abbiamo parlato sono abbastanza di poco conto, e tendono a non generare modifiche profonde dell'esperienza.

Questo non è però il caso con gli allucinogeni.

Infatti, le interazioni cibo-droga con gli allucinogeni possono essere incredibilmente potenti, e non si dovrebbe tentare di suscitare a meno che non si sappia esattamente ciò che si sta facendo.

Banisteriopsis caapi

La Banisteriopsis caapi viene utilizzata per preparare una bevanda molto diffusa in alcune culture dell'America Centrale e Meridionale. Tuttavia, questa pianta rampicante non agisce da sola, ma fa parte di un mix di ingredienti, che, combinati insieme, generano una particolare reazione chimica.

Ma cosa succede veramente?

Questa pianta contiene un inibitore delle monoamino ossidasi (IMAO), il quale agevola gli effetti della Psychotria viridis, l'altro ingrediente presente nella bevanda.

Se assunta da sola, la Psychotria viridis viene scomposta immediatamente dagli enzimi monoamino ossidasi e non produce alcun effetto.

Quindi, l'IMAO della Banisteriopsis caapi permette alle molecole della Psychotria viridis di interagire con il nostro corpo e la nostra mente.

(Gli IMAO non influenzano soltanto gli psichedelici, ma possono interagire con molti alimenti comuni quali banane, formaggio, ecc. Pertanto, in caso di assunzione di IMAO, è fondamentale verificare quali altre sostanze possono, o non possono, essere utilizzate congiuntamente).

Alcune delle eventuali interazioni potrebbero risultare fatali

Succo di pompelmo

Il succo di pompelmo agisce come un IMAO e può incrementare fino a 5 volte la concentrazione di certe droghe nel sangue (Bailey *et al.*, 1998).

Può quindi intensificare gli effetti di droghe come LSD e funghi allucinogeni, entrambi influenzati dagli IMAO.

Chi ingurgita il succo di pompelmo prima di farvi un trip da punto di vista della salute è molto deleterio.

Amplificare per 5 il dosaggio di un trip, e prolungarne la durata, probabilmente non è buona idea.

Giocherellare con la capacità del vostro organismo di scomporre sostanze estranee è un'attività piena di pericoli.

Altri agrumi

L'acido citrico presente negli agrumi, come i limoni, è in grado di trasformare la psilocibina in psilocina.

La psilocina è maggiormente presente nei funghetti freschi, ed è facilmente assimilabile per l'organismo.

Quando i funghetti si seccano, la psilocina disponibile è meno, quindi la psilocibina presente deve essere trasformata in psilocina prima di essere assorbita dall'organismo.

Questo processo si attua all'interno dell'organismo, ma può essere accelerato assumendo una bevanda acida (succo d'arancia o di limone) insieme ai funghetti (prassi fortemente sconsigliata).

Prendere caffeina insieme ad altre droghe

Qualcuno potrebbe suggerire di prendere caffè, o altre fonti di caffeina, insieme a droghe ricreative.

Anche se potrebbe essere piacevole, lo sconsigliamo.

Con gli psichedelici, la caffeina può esacerbare eventuali spiacevoli sensazioni d'ansia e renderle più difficili da calmare.

Inoltre, i suoi effetti stimolanti riducono di fatto l'aspetto "intripante" dello sbalzo, senza ridurre l'intensità dello sbalzo nel suo complesso.

Insieme agli stimolanti, la caffeina è ancora meno consigliata.

Gli stimolanti aumentano la pressione del sangue e mettono il cuore sotto pressione, e altrettanto fa la caffeina.

Combinare fra loro molteplici stimolanti può essere molto pericoloso e dovrebbe essere evitato.

È bene usare il cibo per aumentare l'intensità dello sbalzo?

Usare gli alimenti per aumentare l'intensità delle droghe ricreative è certamente un comportamento da evitare e comunque, visto che molti ormai lo usano, deve essere fatto con cognizione di causa e con molta cautela.

Con la cannabis, gli effetti sono meno potenti, e se vi trovate in un ambiente sicuro non dovrete aver problemi.

Ma con le altre droghe, è probabilmente meglio farne a meno.

Con gli psichedelici, per esempio, se volete uno sbalzo più forte, aumentate semplicemente la dose.

Questo è molto più sicuro che intensificarlo ricorrendo ad un'interazione, che sarà meno prevedibile e può durare per un tempo molto lungo.

L'ultima cosa che si può desiderare è un bad trip che si protrae indefinitamente.

Quali cibi riducono l'intensità dello sbalzo?

Certe volte potreste ritrovarvi a voler far scendere uno sbalzo, e ci sono dei modi per farlo ricorrendo al cibo.

Che queste costituiscano o meno delle interazioni di tipo strettamente cibo-droga dipende da ciò di cui si sta parlando.

Esistono tuttavia varie opzioni.

Cioccolato

Come abbiamo detto, la capacità del cioccolato nero di produrre anandamide può di fatto controbilanciare alcuni dei peggiori effetti del THC.

Alimenti ricchi di zuccheri

Lo zucchero accelera il metabolismo e aiuta l'organismo a smaltire le droghe più rapidamente. In genere fa anche sentire meglio le persone.

Gli sbalzi da funghetti sono particolarmente influenzati dallo zucchero.

Trip stopper

I "blocca-trip" sono molecole di produzione particolare e sono pensate per distendervi e ridurre l'intensità dello sbalzo, permettendovi di ritornare a terra.

Acqua!

L'acqua è una delle migliori panacee naturali, e se mai doveste ritrovarvi esageratamente sballati, assicuratevi di bere della buona acqua.

Alimentazione e droghe ricreative: riflessioni per nutrire la mente

Come potete vedere, il cibo può avere potenzialmente un effetto molto profondo sulla qualità dello sbalzo.

Può trasformare un trip moderato in qualcosa di molto più potente o togliere la tensione da una poderosa fumata.

Le interazioni cibo-droga non devono essere prese alla leggera, e dovrete cercare di documentarvi bene prima di provarne qualcuna.

Solo perché un certo cibo o una certa bevanda sembrano innocui, non significa che non possano avere effetti inaspettati e talvolta indesiderabili.

Riferimenti bibliografici

- Bailey D.G., Malcolm J., Arnold O., Spence J D. (1998, August). Grapefruit juice-drug interactions. *Br J Clin Pharmacol.*, 46(2): 101-110. doi: 10.1046/j.1365-2125.1998.00764.x. www.ncbi.nlm.nih.gov.
- Hudson R., Renard J., Norris C., Rushlow W.J., Laviolette S.R. (2019/10/30). Cannabidiol Counteracts the Psychotropic Side-Effects of Δ -9-Tetrahydrocannabinol in the Ventral Hippocampus through Bidirectional Control of ERK1-2 Phosphorylation. *The Journal of Neuroscience*, 39(44): 8762-8777. doi: 10.1523/jneurosci.0708-19.2019. https://www.jneurosci.org.
- Lukas S., Orozco S. Ethanol. (2001/10/01). Ethanol increases plasma Δ 9-tetrahydrocannabinol (THC) levels and subjective effects after marijuana smoking in human volunteers. *Drug Alcohol Depend.*, 64(2): 143-149. doi: 10.1016/s0376-8716(01)00118-1. www.sciencedirect.com.
- Russo E.B. (2011, August). Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *Br J Pharmacol.*, 163(7): 1344-1364. doi: 10.1111/j.1476-5381.2011.01238.x. www.ncbi.nlm.nih.gov.
- Surendran S., Qassadi F., Surendran G., Lilley D., Heinrich M. (2021). What Are the Potential Health Benefits of This Flavouring and Aroma Agent?. *Front Nutr.*, 8, 699666. Published 2021 Jul 19. doi: 10.3389/fnut.2021.699666. www.ncbi.nlm.nih.gov.

Il dialogo con il laboratorista tossicologo sulla valutazione e gestione dei casi borderline

Varango Concettina*, Cerutti Lorenzo**, Gavina Manuela***

SUMMARY

■ *In recent years, addiction specialists have been increasingly urged to try their hand at a world characterized by increasingly varied and different substances which represent a challenge for the clinic and for the formulation of a careful diagnosis.*

In recent years, the intake of new psychoactive substances such as synthetic cannabinoids, cathinones, MDPV (methylenedioxypropylvalerone) has become widespread, which can be associated with a dangerous sexual practice known as chemsex, especially present in cities with a high population density.

At the Ser. The collaboration between the SMEL Clinical Chemical Analysis and Microbiology Laboratory of the Lodi Hospital and the Ser.D. has continued for more than two years, having implemented the protocol for the search for substances of abuse both on urinary toxicological tests and on the matrix keratin in the monitoring of drug addiction ■

Keywords: *Keratin Matrix, Hospitable laboratory, Monitoring.*

Parole chiave: *Matrice cheratinica, Laboratorio ospedaliero, Monitoraggio.*

Introduzione

Gli specialisti delle Dipendenze, in questi ultimi anni, sono sempre più sollecitati a cimentarsi in un mondo connotato da sostanze sempre più variegata e differenti che rappresentano un guanto di sfida per la clinica e per la formulazione di una diagnosi attenta.

Negli ultimi anni si è diffusa l'assunzione di nuove sostanze psicoattive come cannabinoidi sintetici, catinoni, MDPV (metilenediospirovalerone) che può associarsi ad una pericolosa pratica sessuale conosciuta come *chemsex*, presente soprattutto in città ad alta densità demografica. Nasce nel 2012 nel Regno Unito ma, poco a poco, è andata estendendosi al resto dei paesi europei. Altre sostanze che si stanno diffondendo sono gli oppiacei sintetici ed il tramadolo.

L'attività clinica che investe i servizi per le Dipendenze ha sempre più necessità di attingere ad un percorso valutativo di integrazione socio-sanitaria tra strutture ospedaliere e servizi territoriali.

Riveste sempre più importanza la collaborazione con il proprio laboratorio per la formulazione di una diagnosi attenta.

Il contesto in cui opera il Ser.D. dell'ASST di Lodi

Presso il Servizio Dipendenze da tre anni circa, si stanno rivolgendo pazienti che sono dediti all'assunzione di oppiacei sintetici, tramadolo e nuove sostanze psicoattive e al *chemsex*.

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

** Direttore U.S.C. Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia dell'AA-ASST di Lodi.

*** Dirigente biologa U.S.C. Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia dell'AA-ASST di Lodi.

A livello Europeo e negli USA si è registrato un aumento della disponibilità di prodotti venduti come composti psicoattivi non inclusi nelle tabelle delle sostanze sottoposte a controllo.

Negli ultimi anni sono stati riportati numerosi casi di intossicazione acuta e alcuni decessi attribuiti all'uso di queste sostanze. L'identificazione di queste sostanze è particolarmente difficile a causa dell'estrema varietà e novità dei principi attivi, nonché della loro breve permanenza sul mercato e delle scarse informazioni disponibili in letteratura.

È quasi quotidiana la notifica da parte del sistema di allerta rapido della presenza in Europa ma anche in Italia di casi di intossicazioni acute conseguenti all'assunzione di nuove sostanze psicoattive (NPS).

Presso il Ser.D. di Lodi si assiste ad una presa in carico di soggetti assuntori di cannabinoidi sintetici, catinoni, oppiacei sintetici oltre che di MDPV e tramadolo.

La difficoltà del riconoscimento analitico delle NPS nei campioni biologici ed una non attenta valutazione anamnestica dell'assunzione di sostanze, limita la comprensione della reale diffusione di questi composti sul nostro territorio.

Da circa due anni sono giunti presso il Ser.D. di Lodi anche pazienti che sono dediti al *chemsex*.

Da un'analisi della narrazione dei pazienti si evince che, questo nuovo modo di sperimentare il sesso avviene per mano del consumo di droghe.

L'obiettivo principale è conseguire un maggiore piacere sessuale e, a tale scopo, le persone fanno uso di stupefacenti.

L'estasi, gli effetti collaterali di una sostanza, la disinibizione o la perdita del controllo favoriscono l'aumento della libido.

In questo modo, l'atto sessuale può amplificarsi o ci si spinge provando pratiche sessuali nuove che, altrimenti, non si realizzerebbero.

Ma all'origine del fenomeno del "Chemsex" (letteralmente sesso sotto l'effetto di sostanze) c'è sicuramente la tendenza di giovani e non, soprattutto omosessuali, di prolungare il piacere sessuale grazie a un mix di droghe sintetiche che può causare danni enormi al sistema cognitivo.

La maggior parte delle volte questi danni sono irreversibili.

Non pare essere proprio una moda, piuttosto una di quelle autolesionistiche convinzioni che sta cominciando a spopolare in Italia e si sta espandendo un po' lungo tutto lo stivale.

Riassumendo le principali caratteristiche del fenomeno "Chem Sex" sono: il genere di partecipanti maschi omosessuali ma anche bisessuali di età dai 25 ai 30 anni, mix di droghe entactogene e disinibenti quali mefedrone, GHB/GHL, metamfetamina insieme alcune volte alla cocaina e sildenafil (viagra), MDPV (metilenediossiprovalerone), utilizzo di app geolocalizzate specializzate in incontri fra uomini e che servono anche per procurarsi le droghe (le più note Grindr e Bareback), sessioni di lunga durata dai 2/3 ai 5/6 giorni.

Il fenomeno si sta estendendo anche nella popolazione eterosessuale. Diversi pazienti presi in carico presso il Ser.D. di Lodi assumono MDPV.

Il Ruolo del Laboratorio Ospedaliero

Da più due anni continua la collaborazione tra lo SMEL Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia dell'Ospedale di Lodi e il Ser.D., che ha messo a regime il protocollo per la ricerca di sostanze d'abuso sia sui tossicologici urinari che sulla matrice cheratinica nel monitoraggio delle tossicodipendenze.

Dopo aver eseguiti dei test pilota con il metodo VMA-T Comedical per lo screening di quelle più diffuse quali oppiacei, cannabinoidi, amfetamine, metadone, ecstasy, buprenorfina, benzodiazepine e ci si è attrezzati per l'ampliamento alle nuove sostanze psicoattive.

Metodo

L'obiettivo del Ser.D. è quello di assicurare la salute psico-fisica dei pazienti facilitando anche il reinserimento nella società e nel mondo del lavoro.

Vi operano in sinergia medici, infermieri, psicologi, educatori professionali e assistenti sociali sotto la direzione e la responsabilità di un Dirigente Medico, nel rispetto della privacy e del segreto professionale.

Affinché ogni paziente abbia una terapia mirata, l'eventuale consumo recente di sostanze d'abuso viene monitorato su campioni di matrice urinaria raccolti con cadenza regolare e inviati al Laboratorio Analisi dove sono processati.

Il protocollo operativo per la raccolta della matrice per l'esecuzione degli esami tossicologici a valenza medico-legale prevede l'allestimento della Catena di Custodia, procedura atta a garantire la corretta modalità di confezionamento e ad assicurare la non manomissione degli stessi.

Come da linee guida, i campioni vengono sottoposti ad una prima analisi di screening che nel laboratorio viene eseguita con metodica immunoenzimatica (EMIT).

Per i campioni risultati positivi all'analisi in screening viene poi effettuata una seconda analisi di conferma basata su diversi principi analitici che possa fornire un risultato con sensibilità e specificità superiori.

La spettrometria di massa accoppiata alla cromatografia (LC-MS/MS) è la metodica per eccellenza.

In letteratura ormai è noto che alcune molecole sfuggono al dosaggio in screening con metodiche immunoenzimatiche ed è

pertanto necessario eseguire le analisi in LC-MS/MS per identificare la presenza dell'analita di interesse.

Nel saggio immunoenzimatico, infatti, l'eccesso di farmaco può limitare il cross-linking dei complessi antigene-anticorpo, determinando la formazione di immunocomplessi troppo piccoli per essere rilevati dalla strumentazione, con conseguente sotto-stima dell'analita: il fenomeno è conosciuto come effetto prozona. Ci siamo imbattuti proprio nell'effetto prozona in un paziente che aveva assunto elevate quantità di Tramadolo, un oppiaceo sintetico utilizzato come analgesico.

Il medico del Ser.D. aveva richiesto espressamente di dosare la molecola perché il paziente aveva dichiarato di aver ingerito un'ingente quantità di farmaco.

Tuttavia, all'analisi di screening il paziente era risultato negativo agli oppiacei.

Abbiamo deciso di eseguire comunque l'analisi di conferma in LC-MS/MS che ha rilevato la presenza di grandi quantità di farmaco nelle urine.

È stato necessario applicare delle diluizioni seriali del campione urinario iniziale per poter dimostrare la positività del campione agli oppiacei anche nel saggio immunoenzimatico, così da ottenere dei dati congruenti tra l'analisi di screening e l'analisi di conferma.

In particolare, nel *campione n. 1* l'andamento della concentrazione di oppiacei rilevata era crescente in funzione delle diluizioni seriali: nel campione intero la concentrazione era al di sotto del cut-off (300 ng/mL), mentre nelle diluizioni 1:200 e 1:500 la concentrazione aumentava fino a raggiungere i 4000 ng/mL (valore superiore al cut-off).

Il *campione n. 2*, raccolto a una settimana di distanza dal *campione n. 1*, presentava concentrazioni di farmaco al di sotto del cut-off.

Non è stata rilevata la sostanza né nel campione intero, né nelle diluizioni 1:10 e 1:50, mentre nella diluizione 1:100 è stata registrata una concentrazione di 253 ng/mL di oppiacei, quantità comunque inferiore al cut-off.

L'analisi di conferma in LC-MS/MS ha rilevato la presenza del Tramadolo sia nei *campioni n. 1* e *n. 2* indiluiti, sia nei campioni diluiti.

I tempi di ritenzione e i valori di ion ratio forniti dal software strumentale risultavano pressoché costanti per il campione intero, le diluizioni e l'internal standard.

Le concentrazioni di farmaco ottenute nell'analisi in LC-MS/MS del *campione n. 1* si trovavano al di sopra del valore di cut-off di 300 ng/mL: 40190 ng/mL per il campione intero, 4067 ng/mL per il diluito 1:50, 2734 ng/mL per il diluito 1:100.

I valori di ion ratio erano compresi tra 0.8577 e 0.9890.

Le concentrazioni di farmaco ottenute dall'analisi di conferma del *campione n. 2* erano: 58 ng/mL per il campione intero, 5 ng/mL per il diluito 1:50, 1,89 ng/mL per il diluito 1:100. I valori di ion ratio erano compresi tra 0.8956 e 0.9177.

Poiché l'effetto prozona è stato osservato anche in altri campioni raccolti durante il monitoraggio dello stesso paziente, il laboratorio ha deciso di eseguire direttamente l'analisi in LC-MS/MS qualora il Ser.D. richiedesse specificamente la ricerca del farmaco Tramadolo, indipendentemente dal risultato del saggio immunoenzimatico per gli oppiacei.

Lo stesso percorso è stato seguito da altre molecole come l'ossicodone e l'MDPV, che negli ultimi due anni, sono andati ad arricchire il pannello di analiti testati nelle sedute analitiche in spettrometria di massa su matrice urinaria dei campioni medico legali. Oggi vengono acquisite 66 molecole delle 108 disponibili nel pannello del kit.

Questa stretta collaborazione con i medici del Ser.D. fatta di confronti ci permette di monitorare i pazienti in modo sempre più efficace.

Qualora il paziente risultasse positivo ad una sostanza non richiesta in prima battuta, il laboratorista interviene immediatamente con una segnalazione al Responsabile del servizio e alla refertazione ufficiale della sostanza rilevata.

Le analisi di screening per la ricerca di droghe d'abuso riescono ad identificare le sostanze di "vecchia generazione", ma risultano inadeguate per molte delle NSP e dei farmaci assunti in modi "non convenzionali", che così sfuggono alla maggior parte dei controlli tossicologici.

La problematica deve essere affrontata e richiede una rivalutazione nella gestione dell'analisi tossicologica e nel monitoraggio delle tossicodipendenze.

Conclusioni

Gli operatori dei Ser.D. sono sempre più chiamati a fare una diagnosi che non è solo di dipendenza ma, di uso occasionale o di abuso, così come ci indica il nuovo DSM-V.

Diventa sempre più prevalente convalidare protocolli che permettano di confermare il consumo di droghe, e di identificare e quantificare sostanze stupefacenti in varie matrici biologiche. Il riconoscimento analitico delle NSP nei campioni biologici rappresenta quindi, per i laboratori di tossicologia, una problematica di difficile soluzione ma anche una necessità urgente.

A seconda del contesto di applicazione, è evidente che le strategie di analisi che comprendano le NSP e molecole non vadano gestite in maniera differente, anche in ragione della tipologia di campione disponibile.

Nel caso dei catinoni sintetici, si è sperimentalmente verificato come si affaccino all'attenzione del tossicologo una varietà di situazioni che richiedono una considerazione attenta e approfondita ed una proficua collaborazione con il laboratorio ospedaliero. Oltre ai preventivabili casi di falsa negatività in sede di screening, una possibilità di riconoscimento dei catinoni è offerta dalla reattività crociata di molti kit immunometrici per la classe delle amfetamine.

Pertanto, appare necessario l'utilizzo di metodi di conferma che comprendano anche le sostanze di tipo catinonico, in modo che sia possibile identificare con certezza tutti gli stimolanti, sia di vecchia sia di nuova generazione.

Al tempo stesso, anche per i catinonici, è importante verificare anamnesticamente che talune positività non siano ascrivibili al metabolismo di farmaci lecitamente assunti.

Nel caso dei cannabinoidi sintetici, data l'ampia varietà di prodotti e il loro rapido metabolismo, nella maggior parte dei casi incognito, è possibile focalizzarsi sulla ricerca delle sostanze originariamente assunte, a patto che si sviluppino procedure analitiche da applicare su matrici diverse dall'urina, quali sangue o capello, e si traggano ulteriori informazioni su ampie popolazioni di soggetti.

Negli ultimi due anni, si è sempre più evidenziato come una percentuale significativa di soggetti (soprattutto se di sesso maschile, di età inferiore ai 30 anni e se consumatori di prodotti derivati dalla Cannabis) che si sottopongono agli esami per il rilascio o il rinnovo della patente di guida, abbia avuto esperienze di uso saltuario o ripetuto di queste nuove sostanze, talora di una varietà di cannabinoidi sintetici.

La collaborazione in un'ottica di integrazione tra Ser.D. e Laboratorio Ospedaliero continua a lavorare per avvalersi dei vantaggi della matrice cheratinica rispetto all'analisi urinaria quali: l'utente si sottopone ad un esame diagnostico la cui invasività di procedura è pressoché assente, l'alta specificità del test è in grado di determinare una maggiore affidabilità diagnostica con conseguente miglioramento della specificità di trattamento, di-

minuisce la possibilità di esporsi a rischio biologico per l'operatore, modalità di conservazione più semplice e la diminuzione dei carichi di lavoro.

Poiché l'analisi di 1 cm di matrice cheratinica ci da informazioni sull'eventuale assunzione di sostanze d'abuso nell'ultimo mese, il monitoraggio dei pazienti si riduce ad una raccolta mensile e/o bimensile, per la matrice cheratinica, invece delle quattro mensili (1 a settimana) previste per la matrice urinaria.

Questo permette al laboratorio di ridurre il numero di test per ogni singolo paziente e, conseguentemente, di ridurre il numero di sedute analitiche che si potrebbero concentrare in solo due o tre "corse" mensili (della durata di circa sei ore ciascuna) con la gestione ottimale fino a quaranta campioni a seduta.

Si ridurrebbero così, anche i tempi di valutazione e refertazione dei campioni, in conseguenza al numero inferiore di test effettuati.

Inoltre, con questo tipo di analisi, il laboratorio può fornire al proprio Ser.D. uno strumento d'analisi più efficace nel monitoraggio dei pazienti.

L'alta specificità del test è in grado di determinare una maggior affidabilità diagnostica con conseguente miglioramento della specificità di trattamento.

In ragione della finestra analitica descritta precedentemente, i prelievi per la ricerca di sostanze nei pazienti in cura presso il Ser.D. potrebbero essere notevolmente ridotti nel numero e, con essi, i costi relativi.

Questa opportunità, inoltre, favorisce la possibilità che gli specialisti dei Ser.D. possano affinare la modalità di fare diagnosi potendo contare, su metodiche tossicologiche che permettono di evidenziare la presenza di sostanze diverse attraverso la possibilità di poter far ricorso non solo al tossicologico urinario ma anche a quello cheratinico.

Riferimenti bibliografici

- Baumgartner A.M., Jones P.F., Baumgartner W.A., Black C.T. (1979). Radioimmunoassay of hair for determining opiate-abuse histories. *J Nucl Med.*, 20: 748-52.
- Dufaux B., Agius R., Nadulski T., Kahl H.G. (2012). Comparison of urine and hair testing for drugs of abuse in the control of abstinence in driver's license re-granting. *Drug Test Anal.*, Jun, 4(6): 415-19.
- Kintz P., Villain M., Cirimele V. (2006). Hair analysis for drug detection. *Ther Drug Monit.*, Jun, 28(3): 442-46.
- Leonardi C., Assi C., Bandini C. et al. (2008). Studio multicentrico nazionale per la valutazione della potenza analitica di un metodo di dosaggio delle sostanze d'abuso in matrice cheratinica. *Mission*, 28: 19-22.
- Linea VMA-T Comedical, Linea di prodotti per l'analisi delle droghe d'abuso nei capelli con tecniche immunometriche di screening. Brochure VMA-T 2010 Comedical s.a.s.
- Linee Guida per la Determinazione di Sostanze Stupefacenti e Psicotrope su Campioni Biologici con Finalità Tossicologico-Forensi e Medico-Legali, Rev. n. 6 del 8 giugno 2022 a cura del Consiglio Direttivo dell'Associazione Scientifica Gruppo Tossicologi Forensi Italiani (GTFI).
- Lotti A., Gottardi M. (a cura di) (2015). *La matrice cheratinica. Perché è conveniente nei Ser.D.* Milano: CeRCo Edizioni.
- Luginbühl M., Bekaert B., Suesse S. et al. (2019). Detox Shampoos for EtG and FAEE in Hair – Results from in vitro Experiments. *Drug Test Anal.*, Jan 18. doi: 10.1002/dta.2570.
- Pichini S., Pacifici R. (a cura di) (2013). *Linee guida per la determinazione delle sostanze d'abuso nella matrice pilifera.* Istituto Superiore di Sanità Roma.
- Pragst F., Balikova (2006). State of the art in hair analysis for detection of drug and alcohol abuse. *Clin Chim Acta.*, 370: 17-49.
- Servizio Dipendenze ASST Lodi, sito web, <https://dipendenzelodi.it/> sito.

Vittimizzazione secondaria e attribuzione della colpa alla vittima nella violenza sessuale

Ezio Manzato*, Giovanna Del Balzo**

Vittimizzazione secondaria

La violenza sessuale/stupro provoca una serie di conseguenze sulla salute fisica (es. lesioni, infezioni, ...) e mentale (es. minore autostima, sintomi post-traumatici, depressione, ansia, ...) alle donne che hanno subito una vittimizzazione sessuale, e a causa di tale vittimizzazione primaria, le donne sopravvissute possono prendere contatto con diverse agenzie della comunità sociale (es. sistema legale, sanitario e di salute mentale), che offrono servizi relativi allo stupro (Campbell, 1998).

Tuttavia, le vittime sopravvissute spesso possono incontrare difficoltà a trovare soddisfazione ai loro bisogni fondamentali da parte delle agenzie della comunità sociale (Campbell, 1998; Campbell e Raja, 1999) e possono vedersi anche negato l'aiuto, e quando lo ricevono, possono subire esperienze negative, che rappresentano una vittimizzazione secondaria (cioè una rivittimizzazione) (Konradi, 1996; Campbell e Bybee, 1997; Campbell, 1998; Campbell e Raja, 1999).

L'erogazione dei servizi della comunità sociale sembrerebbe essere praticata in maniera non omogenea ed il trattamento di sovente non risponderebbe alla complessità dei diversi bisogni delle vittime sopravvissute.

Le Istituzioni giuridiche per motivi di contingenza e di esigenze probatorie tendono a valorizzare maggiormente casi più eclatanti con concrete probabilità di produrre una condanna.

Le Istituzioni sanitarie per le note difficoltà in termini di risorse e personale tendono a loro volta alla gestione del fatto emergenziale in acuto, demandando al territorio o ad altri enti la presa in carico globale della vittima sopravvissuta.

In questo modello di trattamento spesso non rispondente ai diversi bisogni dei casi di violenza sessuale/stupro, le vittime sopravvissute possono essere colpevolizzate per la violenza subita e si vedono negato l'aiuto, con ulteriore trauma e rallentamento nel percorso di recupero della salute (Campbell, 1998; Campbell e Bybee, 1997; Campbell e Raja, 1999).

La vittimizzazione secondaria nelle donne, che hanno subito una violenza sessuale/stupro, è costituita solitamente da varie esperienze negative: attribuzione della colpa (più frequente nei casi di violenza sessuale rispetto ad altri crimini interpersonali), considerazione di scarsa affidabilità e trattamento "malevolo" da parte di persone vicine (es. familiari, amici e conoscenti) e da parte di professionisti del sistema della salute e di quello legale (Campbell e Raja, 1999; Bieneck e Krahe, 2011).

A causa di queste esperienze negative spesso le vittime di violenza sessuale/stupro, per paura di essere colpevolizzate e di subire una vittimizzazione secondaria, scelgono di non denunciare il crimine subito.

* *Psichiatra psicoterapeuta Verona responsabile scientifico Newsletter "Clinica dell'Alcolismo" IQJA – Mission.*

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

In uno studio a livello nazionale degli Stati Uniti, in cui sono state intervistate (nel 2006) 3.001 donne vittime di stupro, è risultato che la prevalenza complessiva delle denunce era del 15.8% e non era aumentata in modo significativo dagli anni '90.

Tra i vari tipi di stupro, inoltre, è stato segnalato che quelli che comportavano incapacitazione o agevolazione con alcol e/o droghe, avevano minore probabilità di essere denunciati rispetto agli stupri forzati o "veri stupri" (Wolitzky-Taylor *et al.*, 2011).

Tuttavia, mentre nel passato le vittime di violenza sessuale/stupro si sentivano costrette a rimanere in silenzio e si vergognavano di parlare dei loro incidenti, più recentemente con l'aumento dell'uso dei mezzi di comunicazione sociale e del movimento "Me Too", sarebbe maturata una maggiore attenzione per questa classe di crimini e di vittime.

A tutt'oggi, tuttavia, le vittime che denunciano le violenze subite ai membri della comunità, agli investigatori della polizia e ai professionisti del sistema della salute sarebbero ancora a rischio di vittimizzazione secondaria, a causa di atteggiamenti, comportamenti ed abitudini che traumatizzano di nuovo le vittime, che le fanno vergognare e che le colpevolizzano, contribuendo così al manifestarsi di problemi di salute mentale, come disturbo post-traumatico da stress (PTSD), depressione, ansia, vergogna, auto-colpa, mancanza di perseguire in ambito giudiziario l'aggressore sessuale ed altro.

Pertanto, per ridurre questo fenomeno di vittimizzazione secondaria sono stati attivati programmi di educazione per gli infermieri che conducono esami probatori sulle violenze sessuali, per i difensori delle vittime, per i professionisti del counseling, per gli investigatori della polizia e i pubblici ministeri e per altri individui coinvolti nelle interazioni con le vittime di violenza sessuale/stupro (Hunter, 2019).

Vittimizzazione secondaria e sistema della giustizia

La vittimizzazione secondaria è stata ampiamente osservata tra gli agenti di polizia nella fase delle indagini e tra gli avvocati, i pubblici ministeri e i giurati nei procedimenti giudiziari di casi di violenza sessuale/stupro (Gagnon, 2017; Lilley-Walker *et al.*, 2021).

Le esperienze di donne californiane, sopravvissute a violenza sessuale, nei procedimenti giudiziari per il crimine subito sono state esaminate in uno studio condotto su 66 partecipanti (con età media di 28.05 anni, 80% bianche).

I risultati hanno rivelato che le donne complessivamente avevano sperimentato o si aspettavano di sperimentare serie difficoltà nel muoversi all'interno del sistema della giustizia a causa di vari ostacoli che frenano la prosecuzione dei procedimenti giudiziari.

In primo luogo, come ostacoli maggiori sono state individuate difficoltà generali: il tempo (durata di mesi o anni dei procedimenti giudiziari), l'energia mentale (impatto emotivo con vissuti di paura, ansia e depressione) e la mancanza di aderenza al copione tipico del "vero stupro" (aggressione da parte di uno sconosciuto violento che stupra una donna di notte in un luogo pubblico).

A seguire, sono stati segnalati come ostacoli moderati: la paura di rivittimizzazione (a causa di interrogatori invasivi e poco sensibili da parte di agenti di polizia, con livelli elevati di accettazione del mito dello stupro e che non portano a processo molte denunce), la colpevolizzazione per l'aggressione subita (da parte di giudici e di imputati durante i procedimenti giudiziari) ed il debole supporto durante tali procedimenti da parte delle reti sociali, per cui molte donne manifestano livelli elevati di insoddisfazione per il sistema giudiziario.

Infine, come ostacolo minore e meno impattante è stata riportata l'auto-colpa (per cui le donne sopravvissute ritengono che le loro azioni, i comportamenti e l'aspetto abbiano contribuito al reato). Queste esperienze negative per le vittime sopravvissute costituiscono degli ostacoli alla decisione di iniziare e proseguire un'azione penale, che risulta scoraggiata in particolare dalla mancanza di reti di supporto formale (es. forze di polizia ed avvocati d'ufficio che hanno reazioni negative e danno minore supporto), pur in presenza di un buon supporto da parte di reti informali (es. amici e familiari) (Gagnon, 2017).

L'impatto di eventuali disuguaglianze nei percorsi di casi di stupro denunciati alla polizia è stato esaminato in uno studio attuato su 585 denunce di stupro (di donne nel 91%, bianche nel 87%, sotto i 25 anni nel 65% e sopra i 50 anni nel 3%), registrate dalle forze di polizia all'interno di due aree di Sud Ovest e Nord Est dell'Inghilterra nel 2010 e 2014, con il monitoraggio dei singoli incidenti fino all'esito finale.

I risultati di diversi tipi di stupro, sulla base della relazione vittima-accusato, hanno evidenziato che l'età e il genere delle vittime sono fattori significativi del modo in cui la violenza sessuale e il sistema della giustizia penale vengono vissuti.

Le donne e le ragazze più giovani rispetto agli uomini e alle donne più anziane, non hanno avuto necessariamente maggiori probabilità di ottenere una condanna del loro aggressore.

In un quarto di tutti gli incidenti denunciati (26%), il denunciante (nel 90% donne e nel 62% molto giovani) aveva un problema di salute mentale, come ansia, depressione, disturbo post-traumatico (PTSD), schizofrenia, demenza ed altro.

Gli incidenti delle vittime sopravvissute, con problemi di salute mentale rispetto a quelle senza tali problemi, hanno mostrato in modo significativo una minore probabilità di essere considerati un crimine (83%), di determinare una imputazione (8%), un processo (12%) e una condanna (8%). Questi esiti parrebbero essere motivati dal fatto che queste vittime sopravvissute hanno difficoltà a spiegarsi o sono confuse o le loro storie appaiono inconsistenti agli agenti di polizia (Lilley-Walker *et al.*, 2021).

Vittimizzazione secondaria e sistema sanitario

La vittimizzazione secondaria è stata ampiamente riportata anche nel contesto del sistema sanitario, sia negli ospedali che negli ambulatori dei medici di medicina generale (Campbell, 2006; Patel *et al.*, 2013; Tarzia *et al.*, 2017).

Per esaminare se le donne sopravvissute allo stupro e assistite da parte di avvocati avessero esperienze più positive con i sistemi legale e sanitario, in uno studio naturalistico 81 donne sopravvissute (con età media di 26.12 anni, 52% nere afroamericane e 37% bianche) sono state intervistate in due ospedali urbani dello stato del Michigan circa i servizi ricevuti e il trattamento durante le loro interazioni interpersonali.

Le donne sopravvissute, assistite da un avvocato rispetto a quelle non assistite, avevano una probabilità significativamente maggiore che la polizia recepisce le loro denunce e una minore probabilità di essere trattate negativamente e riferivano un minore di-stress a

seguito dei contatti con il sistema legale e durante il trattamento nei dipartimenti di emergenza, dove ricevevano maggiori servizi medici (es. contraccezione di emergenza e profilassi per le malattie a trasmissione sessuale), riportando in modo significativo minori relazioni interpersonali negative e minori esperienze di di-stress (Campbell, 2006).

In uno studio trasversale su un campione nazionale di ospedali degli Stati Uniti è stato condotto un sondaggio telefonico a 26 item riguardo la fornitura di servizi alle vittime di violenza sessuale in conformità con il "Comprehensive Medical Care Management" (CMCM) (gestione completa dell'assistenza medica).

Complessivamente hanno risposto 582 dipartimenti di emergenza.

I risultati hanno indicato la fornitura delle seguenti componenti della gestione completa dell'assistenza medica: cure mediche in tutti i 582 (100%) dipartimenti di emergenza; consulenza per crisi di stupro in 234 (40.2%), gestione per le infezioni a trasmissione sessuale (STI) in 448 (77.0%), contraccezione di emergenza in 351 (60.3%) e gestione dell'infezione da HIV in 380 (65.3%).

Per cui, solo 101 (17.4%) dipartimenti di emergenza hanno fornito tutti i 10 elementi della gestione completa dell'assistenza medica (Patel *et al.*, 2013).

In uno studio descrittivo trasversale, condotto tra agosto e settembre 2015 in 54 cliniche di medicina generale australiane nello stato di Victoria, 230 donne adulte (di età superiore a 18 anni e con età media di 51.1 anni) hanno completato un sondaggio anonimo con iPad su violenza sessuale/stupro e su problemi di salute mentale associati.

I risultati hanno indicato che delle 230 partecipanti, 104 (45.2%) avevano sperimentato almeno un episodio di violenza sessuale da adulte, di queste 33 (14.3%) hanno descritto un solo episodio, 26 (11.3%) due episodi, 37 (16.1%) tra 3 e 10 episodi e 9 (3.9%) più di 10 episodi; per cui più del 40% ha segnalato più di un episodio di violenza sessuale.

Queste vittime sopravvissute avevano maggiore probabilità di provare ansia, depressione e mancanza di speranza rispetto alle donne che non erano state vittime di violenza sessuale.

In considerazione di questi dati i medici di medicina generale sono stati invitati a considerare un'esperienza di violenza sessuale come possibile causa di ansia e depressione, altrimenti inspiegabili in pazienti femmine, ad esplorare ulteriormente con sensibilità queste esperienze ed a comprenderle meglio, per supportare il recupero delle vittime sopravvissute anche indirizzandole ai servizi di salute mentale, al fine di evitare una vittimizzazione secondaria (da gestione inadeguata) (Tarzia *et al.*, 2017).

Attribuzione della colpa alla vittima

A partire dagli anni '80, contemporaneamente al riconoscimento della violenza di genere come problema sociale rilevante, il concetto di "victim blaming" (cioè colpevolizzare o biasimare la vittima) ha iniziato ad essere considerato nel contesto specifico della violenza di genere (Grubb e Tarner, 2012; Penone e Spaccatini, 2019).

Tra le conseguenze, che la violenza sessuale può produrre nella vita delle donne che ne fanno esperienza, è stato evidenziato fin da subito il fenomeno del biasimo per le vittime da parte del sistema legale, dei media o delle persone vicine alla vittima, che costituisce una vittimizzazione secondaria, cioè un'ulteriore vittimizzazione subita dalla vittima oltre a quella perpetrata dall'aggressore (Vonderhaar e Carmody, 2015).

Questa vittimizzazione secondaria non è solo un processo errato di attribuzione, in cui la vittima è percepita responsabile in toto o in parte dell'episodio di aggressione subito, ma è anche in grado

di incidere profondamente sulla vita delle vittime, che, peraltro, quando vengono biasimate/colpevolizzate vanno spesso incontro a un processo progressivo di isolamento, marginalizzazione e stigmatizzazione (Vonderhaar e Carmody, 2015), per cui la paura di essere incolpate per le donne sopravvissute può diventare una delle principali cause di mancata denuncia per le violenze subite (Ullman, 1996).

La rassegna della letteratura di Spaccatini e Pacilli (2019) ha analizzato il fenomeno del "victim blaming" (cioè attribuzione di biasimo alle vittime nel caso di violenza di genere) mettendone in risalto in particolare il significato, le funzioni e le conseguenze.

Il biasimo verso le vittime, può essere percepito come un errore percettivo nei percipienti che, cercando di comprendere e interpretare rapidamente l'episodio di violenza, fanno affidamento su poche informazioni disponibili e su credenze preesistenti rispetto alla violenza, arrivando così a percepire la vittima come responsabile per la vittimizzazione subita.

Il biasimo verso le vittime assolve ad una funzione psicologica e sociale. Circa la funzione psicologica, a livello individuale l'attribuzione di biasimo alle vittime assolve a una funzione difensiva e di rassicurazione per chi la mette in atto.

Le persone attribuiscono biasimo alle vittime basandosi su caratteristiche della situazione o della vittima stessa per rassicurarsi e per percepire un senso di controllo sugli eventi e quindi per sentirsi meno vulnerabili rispetto all'eventualità che un tale episodio possa accadere loro.

In letteratura vi sono due spiegazioni per questa funzione difensiva del biasimo: la teoria del "Mondo Giusto" ("Just World") di Lerner (1980) e l'ipotesi dell'"Attribuzione Difensiva" ("Defensive Attribution") di Shaver (1970).

La teoria del "Mondo Giusto" si fonda sul principio che le persone avrebbero la necessità di percepire di vivere in una realtà sociale giusta, in cui gli avvenimenti negativi e spiacevoli accadono solo a chi se li merita.

Le persone adottano strategie cognitive per ristabilire l'equilibrio tra la propria credenza nel mondo giusto e l'episodio che li ha turbati, per cui ridefiniscono la percezione dell'episodio trasformando la vittima da innocente a colpevole, e in maniera difensiva attribuiscono la colpa alle vittime per l'abbigliamento indossato, per essere uscite da sole di sera o per aver bevuto.

Così le persone si rassicurano convincendosi che gli eventi negativi accadono a chi se l'è cercata e persuadendosi che comportandosi in modo giusto saranno al riparo da situazioni pericolose. L'ipotesi dell'"Attribuzione Difensiva" si basa sul principio per cui le persone elaborano le informazioni sociali inferendo nessi causali per gli eventi osservati ed assegnando responsabilità agli autori coinvolti; in modo particolare, come meccanismo difensivo, la scarsa somiglianza percepita con la vittima rassicura le persone convincendole che a loro non potrà mai accadere nulla di simile e permette loro di biasimare le vittime ritenendole responsabili per la vittimizzazione subita a causa del loro comportamento e delle loro caratteristiche.

Le persone che si percepiscono simili alle vittime le biasimano in misura minore perché, se succedesse loro qualcosa di simile, non vorrebbero essere stigmatizzate e ritenute colpevoli.

Circa la funzione sociale, l'attribuzione di biasimo alle vittime consiste in una legalizzazione dello status quo, cioè un modo per rafforzare e perpetuare la tradizionale organizzazione della società in termini di "gerarchia" di genere, in cui le donne vivono in una posizione subordinata rispetto agli uomini e ricoprono ruoli tradizionali o sono considerate oggetti sessuali.

Gli episodi di vittimizzazione e il biasimo attribuito alle vittime potrebbero essere considerati delle "punizioni simboliche" inflitte alle donne che trasgrediscono i ruoli stereotipati di genere.

Peraltro, il timore di essere vittime di violenza e di biasimo spinge le donne a rimanere entro i limitanti ruoli tradizionali e a non denunciare eventuali violenze subite, favorendo, così, il perpetuarsi dello status quo.

La tendenza delle persone ad attribuire biasimo alle vittime è collegata all'interiorizzazione dei miti dello stupro, che possono essere definiti come una serie di stereotipi e false credenze ampiamente diffusi ed accettati che definiscono l'episodio considerabile come uno stupro in termini di caratteristiche della situazione e delle persone coinvolte (es. vittime ed aggressori, situazioni e contesti) e in termini di conseguenze (es. segni e ferite su parti del corpo) (Burt, 1980).

Secondo i miti dello stupro, lo stupratore per lo più è una persona sconosciuta alla vittima, la vittima di solito è una "poco di buono" che si veste in modo sessualmente allusivo, che fa uso di bevande alcoliche e va in giro da sola di notte, o ancora, le violenze sessuali avvengono nelle zone malfamate e isolate delle città e solitamente di notte (Pacilli, 2014).

I miti dello stupro agiscono da copioni predefiniti per poter classificare un episodio come vera violenza sessuale.

Tuttavia, i criteri di classificazione forniti dai miti dello stupro restringono fortemente la definizione socialmente condivisa di un episodio come stupro, spingendo così a riconoscere come stupro solo gli episodi che ne rispettano i criteri, declassando tutti gli altri episodi che non li rispettano a non-stupri.

I miti dello stupro sono schemi cognitivi che plasmano in modo distorto la percezione e l'interpretazione degli episodi di violenza.

L'interiorizzazione dei miti dello stupro porta le persone ad attribuire biasimo alle vittime, a minimizzare la gravità dell'episodio di violenza, a considerare l'episodio come evitabile ed a scoraggiare le vittime a denunciare il fatto o a non riconoscere da parte delle vittime l'episodio come "vero stupro" se ha caratteristiche diverse rispetto ai miti dello stupro.

I miti dello stupro influenzano fortemente chi assiste all'episodio e le stesse vittime, ed essendo fortemente pervasivi possono essere presenti anche nel sistema giudiziario, attivando e rinforzando un pericoloso processo di normalizzazione ed istituzionalizzazione del biasimo.

Alcune caratteristiche (es. sensualità dell'aspetto fisico ed abbigliamento sessualmente allusivo, che potrebbero istigare l'uomo, e trasformare la vittima in un oggetto sessuale disponibile, oggettivazione sessuale) e alcuni comportamenti (es. consumo di bevande alcoliche prima dell'episodio con minore controllo della situazione o livello minore di resistenza nei confronti dell'aggressore) favoriscono l'attribuzione di responsabilità (co-responsabilità) e biasimo alle vittime.

Questi giudizi si basano sui miti dello stupro e le persone, non potendo negare l'episodio come effettivo caso di violenza di genere, usano le caratteristiche delle vittime per minimizzare l'accaduto, riconducendo alla vittima e ai suoi comportamenti la causa dell'episodio e così biasimano le vittime per essersela in qualche modo cercata.

L'attribuzione di biasimo ha conseguenze a livello sociale, per il fatto che la tendenza ad interpretare erroneamente un episodio di violenza sulla base di false credenze e stereotipi può portare ad influenzare il giudizio di avvocati, giudici, giurati, forze dell'ordine e professionisti che a vario titolo entrano in contatto con le vittime di violenza e tale influenza può concretizzarsi in processi alle vittime e alla loro credibilità e in sentenze distorte dall'attribuzione di biasimo alla vittima.

Tutto questo può innescare pericolosi processi di legittimazione e perfino di istituzionalizzazione dell'attribuzione del biasimo.

L'attribuzione di biasimo ha conseguenze anche sulle relazioni e sui comportamenti delle persone nei confronti delle vittime, con mino-

re disponibilità a fornire loro aiuto e supporto, il che porta le vittime a non denunciare la violenza per paura di essere colpevolizzate e stigmatizzate e di vedere compromessa la propria reputazione.

Nell'eventualità di denuncia della vittima le possibili reazioni negative possono condizionare sfavorevolmente il recupero e il benessere psicofisico e produrre nelle vittime depressione, disturbo post-traumatico da stress (PTSD), ansia, abuso di alcol e/o sostanze ed auto-biasimo.

Sulla base di questi aspetti culturali e sociali è stata evidenziata la necessità di sviluppare programmi per prevenire la violenza sessuale e per eliminare i meccanismi dell'attribuzione di biasimo, attraverso consapevolezza ed atteggiamento critico delle persone per questi aspetti culturali, e per disinnescare gli automatismi che fanno considerare le vittime responsabili di ciò che è accaduto loro.

Per fare questo è stato suggerito di agire a vari livelli, sui media affinché parlino della violenza senza legittimare e rafforzare queste false credenze, sui professionisti che a vario titolo entrano in contatto con le vittime di violenza di genere e sulla popolazione generale, in modo da ostacolare la precoce interiorizzazione di queste credenze stereotipate.

Fattori che favoriscono l'attribuzione della colpa alla vittima nello stupro da parte di estranei o di conoscenti

Le vittime di violenza sessuale/stupro sono particolarmente vulnerabili all'essere accusate dell'aggressione subita rispetto alle vittime di altri crimini interpersonali, come è stato confermato da vari studi e review sulla colpa attribuita alle vittime nei casi di stupro da parte di estranei o di conoscenti, che hanno individuato molteplici fattori causali (Persson e Dhingra, 2022; Lilley *et al.*, 2023).

La review sistematica e meta-analisi di Persson e Dhingra (2022) ha sintetizzato i risultati di studi sperimentali, che erano basati sull'utilizzo di vignette/scenari rappresentanti vari livelli di rapporto vittima-aggressore in casi di stupro di una donna da parte di un uomo, e che avevano confrontato la colpa attribuita alla vittima nel caso di stupro da parte di estranei o di conoscenti (calcolati fino al 90% dei casi), da sola o influenzata dall'accettazione del mito dello stupro (RMA) (Lonsway e Fitzgerald, 1994) e dal sessismo ambivalente (AS) (Glick e Fiske, 1996).

Gli studi sono stati condotti tra il 1976 e il 2019 e gli effetti misurabili provenivano da Stati Uniti (23), Germania (10), Inghilterra (4), Svezia (4), Australia (3), Norvegia (1), Turchia (1), Slovenia (1) e Giappone (1).

Il totale dei partecipanti era 13.872 con in media 275 partecipanti per campione; più della metà del campione totale era costituito da donne (54.20%) con età media di 26.37 anni (minima 19.21 e massima 42.91).

Il gruppo di partecipanti più rappresentato era costituito da studenti, seguito da professionisti del settore legale, individui della comunità e professionisti del settore medico.

La relazione più comune nella condizione di conoscenza era la conoscenza casuale (26), seguita da partner attuale (11), ex-partner (7) e breve conoscenza (4).

Nella review sono stati inclusi 47 studi, di cui 31 sono stati inclusi nella meta-analisi.

I risultati delle analisi hanno rilevato nella stragrande maggioranza degli studi livelli di attribuzione di colpa alla vittima più elevati nello stupro da parte di conoscenti rispetto allo stupro da parte di estranei, con un effetto medio complessivo di medie dimensioni.

Nell'ambito della condizione di stupro da parte di conoscenti, c'erano evidenze contrastanti riguardo ai diversi livelli di familiarità

tra vittima ed autore di reato, con alcuni studi in cui è risultata un'associazione lineare tra relazione vittima-aggressore e colpa assegnata alla vittima (con maggiore familiarità che aumentava la colpa per la vittima), mentre altri studi non dimostravano una chiara distinzione tra conoscenza e stupro da parte del partner.

Laddove la vittima di stupro da parte del partner è stata biasimata per l'aggressione, è possibile che il comportamento precedente l'aggressione, come baciare l'aggressore, venisse percepito come se la donna "guidasse l'uomo", il che comportava un aumento della percezione di responsabilità per la vittima, poiché uno sconosciuto con cui la vittima flirta o intraprende attività sessuale diventa concettualmente un conoscente, mentre il comportamento sessuale della vittima dovrebbe essere ridotto al minimo con un estraneo.

Circa il sesso dei partecipanti, la maggior parte degli studi indicava che gli uomini davano livelli più elevati di colpa alla vittima rispetto alle donne, sia nelle condizioni di stupro da parte di sconosciuti che di conoscenti.

Nei 18 studi che hanno misurato l'accettazione del mito dello stupro (RMA) e la sua interazione con il tipo di stupro, nessuno studio ha riportato che la RMA abbia avuto un impatto sull'entità della differenza nelle attribuzioni di colpa tra le due condizioni, suggerendo che la RMA non influenza l'effetto della relazione vittima-aggressore.

Una minoranza di studi (5) ha esaminato il sessismo ambivalente (AS) e la sua relazione con la colpa della vittima; il punto centrale dell'AS è che le donne buone sono considerate meritevoli di protezione, mentre le donne cattive sono responsabili delle cose brutte che accadono loro e ciò è coerente con la teoria del "Just World Belief" (Lerner, 1980).

Il sessismo benevolo (BS) è stato un predittore significativo della colpa della vittima nello scenario dello stupro da parte di conoscenti, ma non in quello da parte di estranei.

In 3 studi sono stati misurati il AS e l'RMA ed è risultato che l'RMA correlava positivamente con il sessismo ostile (HS) e con il BS, con la prima correlazione più forte, in quanto entrambi i costrutti RMA e HS attingono ad atteggiamenti principalmente aggressivi e sessisti.

Nel complesso, sebbene il BS possa essere apparentemente percepito come meno dannoso dell'HS, in realtà contribuisce alla colpa della vittima e all'RMA.

I risultati delle analisi hanno indicato che esiste un effetto medio nella colpevolizzazione maggiore delle vittime di stupro tra conoscenti rispetto a quelle tra estranei; ciò è in linea con review precedenti (es. Grubb e Turner, 2012) ed indica che una donna che conosce anche minimamente il suo aggressore viene incolpata molto di più per la violenza subita rispetto a una donna che non conosce il suo aggressore.

Questo dato è estremamente preoccupante per il fatto che la maggior parte delle donne stuprate conosce il suo aggressore e ciò potrebbe avere un impatto su come lo stupro viene percepito sia dalla donna esposta alla violenza sessuale che da osservatori in ruoli pubblici o professionali.

È possibile che l'aumento dei livelli di attribuzione della colpa alla vittima negli scenari di stupro da conoscenti derivi parzialmente da un malinteso tra il pubblico circa le caratteristiche tipiche di uno stupro, in cui lo stupro da parte di un estraneo è visto come la norma e pertanto "più legittimo o vero stupro", e invece il conoscere il proprio aggressore si discosta da questa visione.

Non è stato riscontrato un effetto moderatore del livello di conoscenza, in quanto un rapporto più stretto con l'aggressore non si traduceva automaticamente in una maggiore attribuzione di colpa. Peraltro, sembra che l'accettazione del mito dello stupro (RMA) non moderi l'entità dell'effetto della relazione vittima-aggressore e ciò è stato supportato sia dalla review sistematica che dalla meta-analisi.

Questo probabilmente deriva dal fatto che i partecipanti che hanno alti livelli di RMA attribuiscono la colpa alla vittima dello stupro indipendentemente dalla relazione vittima-aggressore, senza prestare molta attenzione ai dettagli del caso specifico.

È probabile che la variabile chiave di interesse in questo contesto sia il sessismo ambivalente (AS) (non incluso nella meta-analisi come moderatore), che, come indicato dalla review sistematica, avrebbe una relazione più complessa con l'attribuzione della colpa; è anche risultato che i partecipanti che hanno alti livelli di sessismo benevolo (BS) attribuiscono maggior colpa alla vittima di stupro da conoscenti rispetto allo stupro da estranei.

La review sistematica ha permesso di mettere in risalto varie implicazioni per i decisori che sviluppano pratiche o politiche per migliorare le disposizioni e la giustizia per le vittime di stupro:

1. le vittime di stupro da conoscenti sono generalmente incolpate più delle vittime di stupro da sconosciuti, anche se ciò può dipendere dal comportamento rischioso della vittima percepito;
2. la precipitazione percepita della vittima (es. flirtare) sembra aumentare la colpa della vittima, che attinge ai miti dello stupro, e ciò dovrebbe essere considerato nel fornire sostegno alle vittime di stupro e nel perseguire strategie efficaci;
3. l'elevata accettazione del mito dello stupro (RMA) sembra aumentare la colpa in generale (piuttosto che moderare qualsiasi altra relazione), e ciò può ridurre le possibilità di successo di procedimenti giudiziari e di giustizia per le vittime di stupro, e questi atteggiamenti devono essere contrastati a livello sociale, in particolare da parte di professionisti che lavorano nell'ambito dell'istruzione;
4. il sessismo ambivalente (AS) può sembrare innocuo, ma il sessismo benevolo (BS) in particolare sembra punire le vittime di stupro da parte di conoscenti; i decisori politici devono sfidare le differenziazioni generali tra donne e uomini;
5. le raccomandazioni politiche devono basarsi su una ricerca solida in questo settore, che necessiti di una metodologia migliorata per informare le situazioni della vita reale.

Complessivamente, la sintesi dei risultati ha stabilito un effetto medio nella relazione vittima-aggressore, in cui le donne aggredite da qualcuno che conoscevano venivano incolpate di più di quelle che non conoscevano l'aggressore.

La RMA è stata associata a un aumento generale dei livelli di colpa delle vittime, ma non ha moderato l'effetto principale complessivo. La review sistematica ha dimostrato che l'AS potrebbe essere la variabile teoricamente più rilevante nell'attribuzione della colpa in scenari con diverse relazioni vittima-aggressore.

La review sistematica e la meta-analisi nel complesso hanno contribuito a migliorare le conoscenze attuali sugli atteggiamenti legati allo stupro, sulla relazione vittima-aggressore e sulle attribuzioni di colpa nei casi di stupro.

La review di Lilley e colleghi (2023) ha esaminato le evidenze relative ai miti comuni circa lo stupro da parte del partner intimo (IPR).

I dati attuali sulla criminalità relativi al rapporto vittima-autore del reato continuano a mostrare che gli autori di violenza sessuale spesso conoscono intimamente le loro vittime.

Infatti, contrariamente alla credenza popolare, 8 stupri su 10 perpetrati contro donne e ragazze nei paesi occidentali a reddito medio alto sono commessi da una persona conosciuta dalla vittima, mentre gli stupri da parte di persone sconosciute rappresentano solo una piccola percentuale dei reati di stupro registrati.

A livello globale il 30% delle donne, che hanno avuto una relazione intima, riferiscono di aver subito violenza sessuale e domestica da parte di un partner intimo e più della metà (56%) di tutti i reati sessuali gravi sono perpetrati da un partner attuale o precedente.

Nel rapporto vittima-autore del reato è stato evidenziato un ruolo fondamentale dei miti dello stupro.

Il termine "mito dello stupro" è comparso per la prima volta alla fine degli anni '70, a seguito della constatazione che le persone esprimono convinzioni sullo stupro e sulla violenza sessuale non vere, definite "credenze pregiudizievoli, stereotipate o false sullo stupro, sulle vittime di stupro e sugli stupratori" (Burt, 1980).

Come accettazione del mito dello stupro (RMA) sono stati definiti "atteggiamenti e credenze che sono generalmente falsi, ma sono ampiamente e persistentemente sostenuti e che servono a negare e giustificare la violenza sessuale maschile" (Lonsway e Fitzgerald, 1994).

Il tentativo di identificare specifici miti dello stupro ha portato a concettualizzate quattro categorie principali di miti dello stupro:

1. convinzioni che incolpano la vittima;
2. convinzioni che mettono in dubbio le accuse;
3. convinzioni che scusano l'accusato;
4. convinzioni che predefiniscono lo stupro in base a condizioni ed individui specifici (Bohner *et al.*, 2005).

Le evidenze attuali mettono in risalto l'esistenza di un sostegno diffuso alla mitologia dello stupro che abbraccia società, culture e gruppi sociali distinti e il maggiore sostegno tra i maschi più anziani, provenienti da contesti socio-economici inferiori, e tra coloro che sostengono anche convinzioni razziste e sessiste stereotipate.

I miti dello stupro sono costantemente più pervasivi tra i maschi che tra le femmine; i maschi mostrano livelli di RMA più elevati rispetto alle donne entro contesti comunitari, campioni di studenti, confraternite universitarie, ambienti carcerari, gruppi religiosi e militari.

Data la pervasività dei miti dello stupro nelle società globali, le preoccupazioni attuali continuano a riguardare l'impatto pregiudizievole che potrebbero avere sulle accuse dei denunciati e sulle decisioni legali all'interno dei sistemi giudiziari globali, che sono supportate anche a livello empirico.

Una funzione comune dei miti dello stupro evidenziati in varie ricerche psico-giuridiche è quella di minare la credibilità, il carattere e la versione degli eventi avanzati dai denunciati gli stupri.

I miti dello stupro che svolgono questa funzione sono stati spesso applicati in contesti giudiziari tra agenti di polizia, pubblici ministeri, avvocati e giurati.

Un'altra funzione comune dei miti dello stupro è quella di banalizzare e negare la prevalenza e la gravità del reato di stupro; la banalizzazione avviene trasferendo la colpa dall'autore del reato alla vittima; le persone cercano spiegazioni causali per interpretare eventi che altrimenti sarebbero difficili da accettare; nel caso di stupro tra individui che si conoscono intimamente, ciò significa attingere a miti o copioni disponibili sullo stupro per giustificare e minimizzare la violenza sessuale, come conseguenza delle azioni della vittima (es. modo di vestirsi, intossicazione volontaria di alcol e/o droghe, comportamento incauto, ecc.).

Il pensiero dominante suggerisce che ciò serva a proteggere il senso individuale di un "Mondo Giusto", in cui le cose brutte accadono solo alle persone cattive, e in caso di stupro a persone che in qualche modo sono responsabili della loro vittimizzazione; cosicché i miti dello stupro sembrano essere adottati come "cuscinetti per l'ansia".

In ogni caso, al di là della natura prevalente e persistente delle credenze relative al mito dello stupro, la caratteristica più problematica della mitologia dello stupro è l'applicazione universale di tali miti come spiegazione singolare per tutti i casi e le accuse di stupro, ignorando le differenze situazionali ed individuali che si verificano frequentemente.

Riguardo ai miti fondamentali individuati per lo stupro del partner intimo e della violenza domestica più in generale, il primo mito è la credenza che le vittime possano lasciare facilmente il partner e le relazioni violente e denunciare immediatamente alla polizia, anche se spesso scelgono di non farlo.

Lasciare una relazione violenta, specialmente quando si è verificata violenza sessuale, è considerata una necessità per garantire sicurezza, salute fisica e benessere emotivo per la vittima.

Tuttavia, la capacità di una donna di lasciare un partner violento è limitata da fattori interni (es. attaccamento emotivo, paura della solitudine e convinzione di cambiamento dell'autore del reato) e da fattori esterni (es. mancanza di risorse indipendenti, scarsa mobilità e opportunità per l'occupazione e l'istruzione ed isolamento dalle reti di supporto).

La ricerca ha indicato che questo mito è prevalente in tutte le società occidentali, anche tra i professionisti che lavorano a stretto contatto con le vittime sopravvissute ed è maggiormente sostenuto dai maschi, con le seguenti caratteristiche: bassi livelli di istruzione, violenti, scarsa empatia ed esposizione infantile a violenza domestica.

La seconda componente del mito, cioè che le donne violentate dal loro partner denuncino immediatamente la loro vittimizzazione, fuorvia gli agenti di polizia, che nel 40% credono che una vittima sia più credibile se ha denunciato la sua violenza immediatamente dopo l'incidente, anche se meno di 1 vittima su 6 denuncia e il ritardo della denuncia è la risposta più frequente rispetto alla denuncia immediata alla polizia, a causa del rapporto intimo con l'autore del reato o del fatto che l'incidente non sia riconosciuto come "vero stupro" (commesso da uno sconosciuto con violenza fisica e forza).

Il secondo mito è la credenza che l'atto in sé e le conseguenze psicologiche, emotive e fisiche siano meno gravi per le vittime di stupro da parte del partner intimo rispetto alle vittime di stupro da parte di un estraneo.

Ciò deriva dal presupposto che essere violentati da uno sconosciuto sia più traumatico che se l'autore del reato è un partner intimo attuale o precedente.

Tuttavia, la ricerca ha indicato tassi comparabili di traumi psicologici e di disagio emotivo e, in molti casi, risultati peggiori in termini di salute fisica e mentale (es. disturbo post-traumatico da stress-PTSD) in conseguenza dello stupro da parte del partner, e maggiore frequenza di simultaneità di aggressioni fisiche e sessuali (con stupri subiti anche più di 20 volte).

Peraltro, gli stupri che si verificano tra partner coniugali sono visti come "accidentali" e meno traumatici degli stupri "autentici" perpetrati da partner sconosciuti.

La ricerca ha indicato un'ampia approvazione di questo mito tra gli studenti universitari e tra le figure della giustizia penale, in particolare agenti di polizia e giurati, che sarebbero meno empatici con le vittime e farebbero molto affidamento sui miti dello stupro e sui copioni sessuali normativi quando formulano giudizi sulla credibilità e sulla colpevolezza, e ciò porterebbe a tassi di abbandono del caso significativamente più elevati rispetto ad altri gruppi di autori di reati sessuali (secondo i dati sulla criminalità e la ricerca empirica).

Il mito è risultato maggiormente sostenuto dai maschi che dalle femmine.

Il terzo mito è la credenza che le donne mentano costantemente sullo stupro e che le percentuali di false accuse siano alte.

La ricerca ha evidenziato che le false accuse sono stimate dai poliziotti tra il 5 e il 90% di tutte le accuse di stupro (secondo le aspettative per cui le vere vittime di stupro aderirebbero a copioni e comportamenti stereotipati come "vero stupro" da estraneo) e del 78% secondo le opinioni di intervistati, per i quali le donne "piangono falsamente lo stupro" contro gli uomini in atto di vendetta per relazioni fallite.

Gli agenti di polizia, aspettandosi che le vittime di stupro aderiscano a copioni comportamentali stereotipati, percepiscono i resoconti come falsi quando le vittime non rispettano questi stereotipi.

La credibilità delle vittime gioca un ruolo significativo nella percezione di legittimità degli agenti di polizia, per i quali le persone denuncianti che sono state incoerenti, non visibilmente stressate o che hanno ritardato la denuncia o che sono state giudicate avere un possibile guadagno dalla denuncia (es. custodia dei figli o vendetta per la rottura della relazione) sono percepite come sospette.

L'83% delle persone denuncianti uno stupro, con una relazione precedente con la persona accusata, sono considerate sospette.

Questo profondo scetticismo, nei confronti delle donne denuncianti uno stupro, riflette storicamente una profonda sfiducia nei confronti delle donne "ingannevoli e vendicative" e crea barriere legali alla progressione attraverso il sistema della giustizia penale dei casi non conformi al "vero stupro" come gli stupri coniugali.

In realtà, numerose ricerche indicano che le false accuse di stupro non sono superiori alle false accuse di qualsiasi altro tipo di crimine con una stima compresa tra l'1% e il 6%.

Il quarto mito è la credenza che non è possibile che una donna sposata venga violentata dal marito. Esiste una riluttanza in alcune culture, gruppi religiosi e settori delle società occidentali a riconoscere che lo stupro può avvenire tra partner coniugali.

Mentre questo specifico mito è meno prevalente e pervasivo degli altri miti del partner intimo, la ricerca ha mostrato che è presente in particolare tra gli individui, con una visione più tradizionale del matrimonio e ruoli di genere stereotipati per le donne, che hanno maggiore probabilità di scusare gli autori di violenza sessuale tra coniugi e di attribuire maggiore responsabilità alle donne vittimizzate.

Il quinto mito è la credenza che vi sia un "diritto" degli uomini ad avere rapporti sessuali nell'ambito delle relazioni intime, che non dovrebbero essere considerati stupro, e ciò serve a promuovere l'idea che gli uomini sono gli "stakeholder" dominanti all'interno delle relazioni intime e ad essi le donne dovrebbero essere sottomesse sessualmente.

La ricerca ha trovato che il mito è fortemente presente negli uomini, con atteggiamenti a sostegno di tale "diritto" e credenze sul mito dello stupro, che hanno maggiore probabilità di vedere le donne e le partner come oggetti sessuali, deputati a soddisfare i loro desideri.

Per molti uomini il sesso è considerato un "diritto di nascita", in particolare tra coloro che mantengono stereotipi di ruolo di genere rigidi ed obsoleti, atteggiamenti sessisti e con livelli alti di ipermascolinità e comportamenti sessualmente aggressivi.

La ricerca ha dimostrato che tutti questi miti, persistenti e prevalenti in tutte le società globali, producono conseguenze significative per le vittime di stupro:

1. diminuiscono la gravità dello stupro da parte del partner intimo e minano la veridicità delle accuse con conseguenti barriere tra vittime, società e sistema della giustizia penale;
2. determinano senso di paura e stigmatizzazione associate alla presentazione di una denuncia formale (il che contribuisce ai bassi tassi di denuncia);
3. favoriscono il mito del "vero stupro" (da aggressore sconosciuto che usa la forza) impedendo alle donne di riconoscere le loro esperienze come stupro;
4. fanno considerare alle vittime il sesso forzato come una parte obbligatoria di un matrimonio o di una relazione e l'adesione sessuale al sesso indesiderato come un mezzo attraverso il quale potrebbero prevenire altri tipi di violenza;
5. impediscono alle donne sopravvissute di uscire da relazioni sessualmente violente e di cercare supporto esterno, laddove ciò sia effettivamente possibile, a causa di sentimenti di vergogna e senso di colpa, favoriti dalle percezioni negative di persone della rete di sostegno immediata (es. genitori, amici e famiglia), che le etichettano come "sfascia famiglie" non incarnando gli ideali femminili.

Le conseguenze per il sistema della giustizia penale sono rappresentate da forme di non equità del sistema.

La ricerca ha dimostrato che gli agenti di polizia, in particolare maschi e più anziani fanno affidamento a stereotipi, miti e copioni sessuali normativi e che l'approvazione dei miti dello stupro si "insinua" nel processo decisionale investigativo di un'accusa impedendo la progressione dei casi che non aderiscono ai chiari stereotipi del "vero stupro", poiché gli operatori di polizia e i pubblici ministeri possono interpretarli come il risultato di banali problemi di comunicazione; infatti, è stato trovato che i casi stereotipati di "vero stupro" hanno maggiori probabilità di essere presi sul serio e progredire dal punto di vista di denuncia.

La ricerca ha anche dimostrato che la mitologia dello stupro può avere un impatto sull'equità e sull'imparzialità dei giudizi dei giurati e sul processo decisionale nell'ambito dei processi di stupro. La ricerca osservativa in tribunale e l'analisi delle trascrizioni dei processi per stupro peraltro hanno suggerito che gli avvocati difensori sfruttano abitualmente i miti dello stupro nel tentativo di influenzare la percezione dei giurati sulla credibilità della persona denunciante lo stupro, collegando il caso specifico e la condotta del denunciante agli stereotipi generali del "vero stupro".

La ricerca ha indicato che i giurati, con maggiore sostegno dei miti dello stupro, sono più propensi a non credere alla veridicità della versione degli eventi della persona denunciante, e che l'elevata accettazione del mito dello stupro è direttamente associata a decisioni di verdetto di non colpevolezza, sia prima che dopo la deliberazione.

Nel complesso, l'approvazione dei miti dello stupro del partner intimo è risultata molto diffusa tra le vittime (con ostacolo alla capacità delle donne di uscire da relazioni sessualmente violente quando altrimenti potrebbero farlo), tra i gruppi sociali più ampi e tra gli operatori legali all'interno del sistema della giustizia penale, agenti di polizia e pubblici ministeri (titolari significativi di "ruoli di controllo" all'interno dello stesso sistema) e giurati, (con ostacolo alla progressione dei casi a causa della credibilità e della autenticità delle vittime, alla valutazione imparziale delle prove e alla dimissione di un verdetto di non colpevolezza).

Tale approvazione è risultata sostenuta in particolare dai maschi, dagli individui più anziani e da coloro che mantengono rigidi stereotipi di genere ed atteggiamenti sessisti.

La ricerca recente ha suggerito che mettere in risalto il possibile impatto dei miti dello stupro per le vittime può aiutare le donne a riconoscere le loro esperienze come stupro e a cercare aiuto esterno, che l'educazione sui miti dello stupro e sui falsi stereotipi può servire a ridurre gli effetti dannosi e che una formazione approfondita è utile in particolare per i professionisti del sistema della giustizia penale (agenti di polizia, pubblici ministeri, avvocati e giurati).

Riferimenti bibliografici

Bieneck S., Krahé B. (2011). Blaming the victim and exonerating the perpetrator in cases of rape and robbery: is there a double standard?. *Journal of Interpersonal Violence*, 26: 1785-1797.

Bohner G., Jarvis C., Eyssel F., Siebler F. (2005). The causal impact of rape myth acceptance on men's rape proclivity: Comparing sexually coercive and noncoercive men. *European Journal of Social Psychology*, 35: 819-828.

Burt M.R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38: 217-230.

Campbell R. (1998). The community response to rape: Victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems. *American Journal of Community Psychology*, 26: 355-379.

Campbell R. (2006). Rape survivors' experiences with the legal and medical systems: do rape victim advocates make a difference?. *Violence Against Women*, 12: 30-45.

Campbell R., Bybee D. (1997). Emergency medical services for rape victims: detecting the cracks in service delivery. *Journal of Women's Health*, 3: 75-101.

Campbell R., Raja S. (1999). Secondary victimization of rape victims: Insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence and Victims*, 14: 261-275.

Gagnon C. (2017). Barriers to pursuing justice for female sexual assault survivors, A graduate project submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree Master of Social Work, California State University, Northridge.

Glick P., Fiske S.T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70: 491-512.

Grubb A., Turner E. (2012). Attribution of blame in rape cases: A review of the impact of rape myth acceptance, gender role conformity and substance use on victim blaming. *Aggression and Violent Behavior*, 17: 443-452.

Hunter K.M. (2019). Secondary victimization of young adult female sexual assault victims, Honors Undergraduates These, 473, University of Central Florida Orlando, Florida.

Konradi A. (1996). Rape survivors negotiating the criminal justice process. *Gender and Society*, 10: 404-432.

Lerner M.J. (1980). The belief in a just world. In: *The belief in a Just World*. Boston: Springer, pp. 9-30.

Lilley C., Willmott D., Mojtahedi D., Labhardt D. (2023). Intimate partner rape: A review of six core myths surrounding women's conduct and the consequences of intimate partner rape. *Social Sciences*, 12, 34. doi: 10.3390/socsci12010034.

Lilley-Walker S.J., Hester M., McPhee D., Patsios D., Williams A., Bates L., Rumney P. (2021). Rape, inequality and the criminal justice response in England: The importance of age and gender. *Criminology and Criminal Justice*, 21: 297-315.

Lonsway K.A., Fitzgerald L.F. (1994). Rape myths in review. *Psychology of Women Quarterly*, 18: 133-164.

Pacilli M.G. (2014). *Quando le persone diventano cose. Corpo e genere come uniche dimensioni di umanità*. Bologna: il Mulino.

Patel A., Roston A., Tilmon S., Stern L., Roston A., Patel D., Keith L. (2013). Assessing the extent of provision of comprehensive medical care management for female sexual assault patients in US hospital emergency departments. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 123: 24-28.

Penone G., Spaccatini F. (2019). Attribution of blame to gender violence victims: A literature review of antecedents, consequences, and measures of victim blame. *Psicologia sociale*, 2: 133-164.

Persson S., Dhingra K. (2022). Attributions of blame in stranger and acquaintance rape: A multilevel meta-analysis and systematic review. *Trauma, Violence and Abuse*, 23: 795-809.

Shaver K.G. (1970). Defensive attribution: Effects of severity and relevance on the responsibility assigned for an accident. *Journal of Personality and Social Psychology*, 14: 101-113.

Spaccatini F., Pacilli M.G. (2019). Victim blaming e violenza di genere: antecedenti, funzioni e conseguenze. *La Camera Blu. Rivista di Studi di Genere*, 21: 145-166.

Tarzia L., Maxwell S., Valpied J., Novy K., Quake R., Hegarty K. (2017). Sexual violence associated with poor mental health in women attending Australian general practices. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 41: 518-523.

Ullman S.E. (1996). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly*, 20: 505-526.

Vonderhaar R.L., Carmody D.C. (2015). There are no "innocent victims": The influence of just world beliefs and prior victimization on rape myth acceptance. *Journal of Interpersonal Violence*, 30: 1615-1632.

Wolitzky-Taylor K.B., Resnick H.S., McCauley J.L., Amstadter A.B., Kilpatrick D.G., Ruggiero K.J. (2011). Is reporting of rape on the rise? A comparison of women with reported versus unreported rape experiences in the National Women's Study-Replication. *Journal of Interpersonal Violence*, 26: 807-832.

ALCOVER®

sodio oxibato

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



Depositato presso AIFA il 31/03/2023 MP2023/008



CLASSE H: Specialità con impiego limitato nell'ambito degli ospedali e di strutture assimilate. Dispensabile in farmacia non in regime di SSN - RNRL

1 flacone 140 ml: €33,60 • 12 flaconi 10ml: €32,39

Copyright © Franco Angelini

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

RCP ALCOVER



La dr.ssa Roberta Balestra assume la presidenza di FeDerSerD

Dopo la notizia della morte del presidente e la partecipazione alle esequie ad Alcamo, si è riunito prima l'ufficio di direzione nazionale della Federazione e il giorno 16 novembre il consiglio direttivo nazionale.

Pressoché totale la partecipazione, alta la emotività nella riunione.

Ai sensi dell'art. 14 dello statuto la dott.ssa Roberta Balestra, vicepresidente della Federazione, ha assunto la presidenza con i più ampi poteri.

Balestra dirige il dipartimento dipendenze di Trieste, psichiatra, assai nota e stimata nel settore delle dipendenze nel panorama nazionale.

Ad ottobre 2024 si celebrerà a Roma il congresso nazionale elettivo della Federazione.

Nella primavera 2024 si terrà a Palermo un seminario nazionale di ricordo del caro Guido Faillace.



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Consiglio Direttivo Nazionale

Roberta Balestra (presidente)
 Concettina Varango (segretario esecutivo)
 Felice Nava (direttore comitato scientifico)
 Giulia Audino, Liborio Cammarata,
 Roberto Carrozzino, Edoardo Cozzolino,
 Donato Donnoli, Maria Luisa Grech,
 Antonella Manfredi, Lilia Nuzzolo,
 Margherita Taddeo, Alessandro Coacci (p. president),
 Fausto D'Egidio (p. president),
 Alfio Lucchini (p. president), Vincenzo Lamartora,
 Marco Riglietta, Giovanni Galimberti,
 Liliana Schifano, Rosalba Cicalò, Angelo Solinas,
 Giorgio Serio, Vincenza Ariano, Giorgio Pannelli,
 Daniele Pini, Paola Trotta, Stefano Burattini,
 Mara Gilioni, Maurizio D'Orsi, Bettina Meraner,
 Francesco Sanavio, Roberto Calabria, Meri Bassini,
 Andrea Monculli

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a FeDerSerD presso la Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

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

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

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

Chiedo

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

_____ li ____ / ____ / ____ Firma _____

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

Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)
 (allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)
 Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____
 Visto per approvazione: Il Presidente _____

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