

70

Anno XIX - Giugno 2025

Sommario

EDITORIALE

50 anni di impegno del Servizio pubblico.
Traguardi raggiunti e prospettive
dei Servizi delle Dipendenze
a cura della Redazione 1

LE RUBRICHE

Contaminazioni
A new definition of human health
is needed to better implement One Health
Maurizio Fea 4

La Finestra dei consumatori
Affamati
Nene 5

Poetry Corner/Rubrica di poesia
Franziska Raimund
Enzo Lamartora 6

SAGGI, STUDI E RICERCHE

No Tobacco Day – un intervento
preventivo e tecnologico contro il fumo
di tabacco
*Maria Francesca De Pinto, Francesca Estatico,
Roberta Amici, Fabiana Barra,
Marianna Crispo, Sara Diamare,
Elvio Marguccio, Filippa Nicotra,
Gennaro Pastore, Fabio Curcio* 8

In viaggio con i libri: un intervento pilota
di laboratorio di biblioterapia per pazienti
con disturbo da uso di alcol in remissione
*Barbara Muzzatti, Monica Vanzella,
Marco Dalla Valle, Elisa Simoncioni* 26

Psicoterapia di gruppo cognitivo
comportamentale integrata con tecniche
mindfulness e di matrice dialettico-
comportamentale nel trattamento
del Disturbo da Gioco d'Azzardo:
descrizione di un percorso modulare
(programma Alea) presso il Ser.D.
di Palestrina
Francesca Costantini 33

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Promozione della salute e prevenzione
delle dipendenze tra giovani autori
di reato: analisi descrittiva dei dati raccolti
nell'ambito del progetto "Dipendenze:
Quanto ne sai?"
M. Pilo, C. Mereu 43

Carcere, gioco d'azzardo e dissociazione:
un intreccio da esplorare
Simona Sarchi, Concettina Varango 47

La sigaretta come rifugio: il fumo
tra dissonanza e identità. Il caso
di una paziente in attesa di trapianto
Concettina Varango, Valentina Generani 53

FeDerSerD/FORMAZIONE

XIV Congresso nazionale FeDerSerD.
Milano 29-31 ottobre 2025 59

Scuola di Alta Formazione in Alcologia
2025 60

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL
OF ADDICTION50 anni di impegno
del Servizio pubblico.
Traguardi raggiunti e prospettive
dei Servizi delle Dipendenze

Dedicare il *XIV Congresso Nazionale di FeDerSerD*, che si terrà a Milano dal 29 al 31 ottobre, appuntamento annuale di dialogo e conoscenza tra professionisti delle diverse realtà regionali, a fare il punto sui risultati raggiunti dal Servizio pubblico a 50 anni dalla legge 685 del 1975, è una decisione saggia. Con la *legge 685/75* avvenne un grosso cambiamento: la norma assume un carattere meno repressivo della precedente, e traspare la volontà di comprendere il fenomeno tossicodipendenze.

La tossicodipendenza è considerata una malattia sociale e il soggetto dipendente una persona da curare.

Insomma con cautela ma chiaramente cambia il paradigma securitario-custodiale precedente.

A pieno titolo questa legge si inquadra nel decennio di riforme fondamentali che interessarono il nostro Paese, quegli anni settanta da ricordare con una lettura articolata.

Lì furono definite le basi per costruire i servizi pubblici e per arrivare nel 1990 al TU 309 che ad oggi rappresenta ancora la base del nostro intervento.

Condividere i risultati ottenuti dal sistema, le buone pratiche e le prospettive future nel campo della cura, dell'innovazione e della ricerca sulle dipendenze è un fattore prioritario, e avverrà a una settimana dalla VII Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, sfida istituzionale impegnativa.

Nonostante le difficoltà che tutti conosciamo, dalla precarietà delle risorse alla incerta riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali, il nostro impegno quotidiano ha prodotto traguardi rilevanti.

- **Pubbligate le Linee Guida Nazionali per il trattamento del DUA: una buona notizia, nonostante i limiti**

a cura di Giovanni Luca Galimberti

- **Il Sodio Oxibato: farmaco importante, potente e "divisivo"**

a cura di Giovanni Luca Galimberti

- **Linee di Indirizzo Intersocietarie su Diagnosi e Cura del Disturbo da Uso di Alcol (DUA), 2025**

Società scientifiche: FeDerSerD, SIA, SIPaD, SITD, SITOX

- **L'organizzazione di un Servizio per la gestione del Disturbo da Uso di Alcol. L'esperienza del PAI - Programma Alcolologico Intensivo nel Ser.D. di Pozzuoli**

Maria Calvanese, Vincenzo Lamartora

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno XII, n. 44

FrancoAngeli

Mission 70, Italian Quarterly Journal of Addiction, Doi: 10.3280/mis70-2025oa20540 1

Copyright © FrancoAngeli

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

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XIX, 2025 - N. 70

Fe Der Ser D

Editor in Chief

Alfio Lucchini, Milano

Scientific Board

Roberta Balestra; Claudio Barbaranelli, Università La Sapienza, Roma; Bruno Bertelli, Università di Trento; Stefano Canali, SISSA Trieste; Vincenzo Caretti, Università LUMSA, Roma; Ivan Cavicchi, Università La Sapienza e Tor Vergata, Roma; Massimo Clerici, Università Milano Bicocca; Massimo Diana, Cagliari; 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, AUSL Verona; Marco Righietta, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo; Giorgio Serio, Palermo; Enrico Tempesta, Osservatorio Alcol e Giovani Roma

Editorial Board

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

Editorial Office

CeRCo, Milano
tel. 3356612717
missionredazione@gmail.com

Proprietà: FeDerSerD

Sede legale

Piazza Carlo Stuparich 8, 20148 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 giugno 2025

ISSN 3034-8986

Seguici su:



www.facebook.com/FeDerSerD/



@FeDerSerD



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



Questo sia in termini di cura per milioni di cittadini nel tempo, che di contributo ai piani di sanità pubblica.

Come migliorare la personalizzazione e l'efficacia degli interventi terapeutici nelle diverse forme di dipendenza, rendere più accessibili ed attrattivi i nostri Servizi ai diversi target di popolazione, sviluppare gli interventi multidisciplinari, multiprofessionali e le partnership operative strategiche sono alcuni temi obbligati di analisi.

Il Congresso offrirà un confronto sul tema dell'impegno necessario per le Dipendenze in un'ottica di tutela della salute pubblica utilizzando le norme e le opportunità per uno sviluppo necessario della sanità territoriale.

Analitica sarà la presentazione dei Ser.D. di ieri e di oggi, dagli utenti ai bisogni.

Il tema, spesso negletto, della innovazione e della ricerca nelle dipendenze verrà aggredito da due versanti di qualità entrambe attuali, quello dei rapporti tra genetica e vulnerabilità alle dipendenze, e dell'intelligenza artificiale quale opportunità nella clinica delle dipendenze.

Ampio spazio merita la evoluzione delle terapie farmacologiche che ha rappresentato e rappresenta sempre più una delle conquiste per il benessere e la autonomia dei cittadini con problemi di dipendenza.

L'introduzione dei long acting nel trattamento specifico della dipendenza da oppiacei ne è elemento qualificante.

Il progetto "Innovazione e personalizzazione nelle cure" che FeDerSerD e CeRCo stanno curando con successo, da questo punto di vista sta evidenziando i punti di forza per il servizio e per i pazienti, dando spazio al punto di vista dei pazienti e dei professionisti dei Servizi negli ambiti ambulatoriali territoriali e carcerari.

Il carcere merita sempre una riflessione sui diritti negati di salute e sul senso vero del nostro intervento che appare sempre più impegnativo.

Anche il Disturbo da Uso di Alcol rappresenta un importante problema clinico e prima sociale; sviluppare la cultura della presa in carico e del trattamento rimane un obiettivo in parte ancora da percorrere.

Fondamentali sono il buon utilizzo dei farmaci specifici e i setting di cura.

Le linee guida ministeriali e le linee di indirizzo curate dalle società scientifiche, entrambe illustrate nella Newsletter Alcologia di questo numero della rivista, rappresentano un ausilio utile ai professionisti.

Nei nostri Servizi possiamo iniziare a definire percorsi per intensità di presa in carico e cura, anche in relazione ad ambiti significativi, quali quello carcerario e residenziale.

Il DM 77 e le addende successive del 2023, le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità, le prime esperienze di posti letto di degenza ospedaliera in medicina delle dipendenze, possono essere linfa non solo per i dovuti approfondimenti diagnostici e clinici, ma anche per le interazioni pratiche con l'ambito socio sanitario, sociale e di relazione con i cittadini.

Vogliamo evidenziare anche gli interventi sul tabagismo, tutt'altro che secondari nei Ser.D. ma poco valorizzati.

Non solo presentare percorsi di disassuefazione medici e psicoeducativi, ma anche proporre un focus sui comportamenti giovanili rispetto ai nuovi prodotti del tabacco e alla loro forma e fruizione.

L'attenzione al tema degli adolescenti e dei giovanissimi e ai rischi legati all'uso pandemico e non regolato delle nuove tecnologie digitali, richiede il nostro intervento come professionisti e come comunità.

Quindi nel vasto parterre delle dipendenze comportamentali ci soffermeremo sulle dipendenze digitali, al centro anche del dibattito educativo nel Paese.

Depressione, ADHD, attualità della comorbilità psichiatrica, impongono un approccio legandoli agli esordi precoci e alla realtà dei consumi giovanili.

Le comorbilità internistiche e infettivologiche non possono limitarsi al tema epatiti, ormai consolidato e proprio dell'intervento dei Ser.D., ma ad un aggiornamento sulla gestione del malato con infezione da HIV e sulla proposta agli utenti di presidi terapeutici preventivi.

Infine gli psicostimolanti e le nuove droghe psicoattive richiamano molti contesti di intervento, un continuo aggiornamento tossicologico clinico, la interrelazione con altri settori sanitari, compreso il laboratorio di tossicologia.

Un Congresso degli operatori dei Servizi per essere ancor più vicini alle esigenze dei pazienti e favorire una visione più fiduciosa e inclusiva della nostra società (a p. 59 il programma del Congresso).



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>

Contaminazioni

Maurizio Fea

A new definition of human health is needed to better implement One Health

Con questo titolo la rivista *Lancet* pubblica un articolo di eminenti ricercatori che sollecita la revisione del concetto di salute.

Dal 1948, la definizione di salute dell'OMS – “la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità” – è stata ampiamente adottata da un consistente numero di paesi nel mondo.

Ma, sottolineano gli autori, gli attuali danni alla natura (ad esempio, danni climatici, inquinamento e perdita di biodiversità) porteranno a uno squilibrio nella salute umana e dovrebbero essere riflessi nella definizione.

La mortalità per malattie non trasmissibili è aumentata del 30% in 20 anni e metà di tutte le malattie non trasmissibili potrebbe essere evitata attraverso una maggiore prevenzione e interventi sui fattori ambientali, comportamentali e biologici.

Le crisi climatiche e ambientali, il declino della biodiversità, l'aumento dell'inquinamento e dei conflitti stanno influenzando i determinanti ambientali e sociali della salute attraverso il deterioramento degli ecosistemi (ad esempio, la qualità dell'aria, dell'acqua e del suolo) e la diffusione di malattie infettive emergenti o riemergenti e di malattie non trasmissibili e croniche.

L'approccio olistico alla salute e alle interdipendenze tra la salute umana, animale ed ecosistemi, promosso da One Health, riferimento degli autori, avrebbe dovuto consentire di porre l'accento sulla prevenzione in relazione ai determinanti della salute.

Tuttavia, la prevenzione sanitaria rappresenta attualmente solo una piccola percentuale degli investimenti in salute umana.

Una definizione più ampia di salute, basata sulle interdipendenze e su una maggiore responsabilizzazione dei cittadini, promuoverebbe la responsabilità individuale nella protezione degli altri, soprattutto dei più poveri, ma anche degli ecosistemi.

Gli autori dell'editoriale affermano che tali cambiamenti richiederanno che i bambini e i cittadini del futuro siano alfabetizzati su questi approcci complessi e integrati, attraverso il curriculum scolastico.

Una definizione più completa stimolerà anche cambiamenti tanto necessari nella formazione dei professionisti della salute umana (che attualmente include a malapena la salute ambientale) e promuoverà una formazione comune e meglio interconnessa di medici, farmacisti, infermieri, veterinari, ecologi e biologi.

Cambiare la definizione di salute umana dovrebbe essere il punto di partenza per cambiamenti politici ed economici e azioni volte a: aumentare le azioni e i finanziamenti per la prevenzione; modificare le regole dell'Organizzazione Mondiale del Commercio includendo i costi ambientali e sanitari (esternalità negative) nei prodotti e negli scambi; promuovere cambiamenti a livello nazionale verso una governance interministeriale del mondo vivente; e sviluppare progetti e iniziative di ricerca sanitaria all'interfaccia tra scienza e processo decisionale a tutti i livelli.

La nuova definizione di salute deve rispondere ai determinanti politici che hanno un impatto così drammatico sulla salute oggi; non può esserci salute senza pace.

Ampliare la definizione di salute umana è una pietra miliare cruciale per passare da un approccio alla salute incentrato sull'uomo a un approccio olistico alla salute guidato dall'uomo per il pianeta e le persone.

Per le malattie non trasmissibili secondo i criteri epidemiologici in uso, in particolare per quei comportamenti diffusi e nocivi alla salute di cui si occupa la medicina delle dipendenze, significa considerare la necessità di cambiamenti del paradigma interpretativo e dei suoi corollari che non contemplano la valutazione e l'intervento sui determinanti commerciali della salute, fattore principale in causa per questo tipo di malattie.

Non possiamo continuare ad ignorare questi determinanti di salute ponendo attenzione esclusiva agli strumenti tipici della relazione di cura individuale, senza pensare che sia necessario avere anche un ruolo attivo nel fronteggiare le origini del male proponendo strategie e indirizzi di lavoro per i quali non siamo stati attrezzati e formati nella disciplina, che tuttavia mi pare lo richieda se vuole essere efficace.

Forse bisogna uscire dalla confort zone della diagnosi e della cura per addentrarci ad esplorare quella complessa rete di relazioni economiche, sociali e di potere che struttura e definisce il ruolo dell'apparato sanitario entro il quale operiamo da tempo senza domandarci se è ciò che davvero serve.

Pensare come possiamo contribuire alla ridefinizione della idea di salute proposta da *Lancet* è un compito che ci riguarda.

Published Online, May 19, 2025, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01015-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01015-3)

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, o ai loro familiari.

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.



Affamati

Porgetemi una rosa nera e tagliente, non un frutto dell'albero su cui voglio giacere per sempre.

Sono sorda alle vostre parole, sono cieca davanti al riflesso dei vostri occhi.

Datemi la libertà di essere ciò che in tutti i modi cercate di evitare che io sia.

Mettetemi le catene, strappatemi le ali, ma vi prego non costringetemi a mangiare la stessa mela che avvelenò Bianca-neve.

Non aprite la mia porta, a fiumi in piena andrete incontro.

Risvegliarmi è impossibile.

Morta dentro sono.

È proprio la non essenza che mi fortifica sempre di più.

Nene non esiste più.

Come la farfalla mi sono trasformata.

Io sono la malattia, io sono l'anoressia.

Mi chiamo Nene.

Attualmente vivo da sola e dopo mille vicissitudini ho raggiunto un equilibrio fisico-mentale. Grazie al duro lavoro di tantissime persone sono riuscita a uscire da un'anoressia nervosa grave, latente dall'età delle elementari e scoppiata all'inizio delle scuole superiori.

I fattori scatenanti erano molteplici, nascosti, radicati in me e nella storia della mia famiglia, oggi ormai dissolta.

A distanza di tempo sono venuti alla luce altri problemi che non mi consentono ancora di essere indipendente da psicofarmaci e dottori.

Sono felice e innamorata e mi piange il cuore uscire e sapere che questa malattia che mi ha tolto tutto, ma mi ha anche arricchito, colpisce sempre più persone.

Dico NO all'anoressia.

Nene (Trieste)

Poetry Corner/Rubrica di poesia

Enzo Lamartora

Franziska Raimund, nata nel 1944 a Bad Hall in Austria, vive a Vienna. Ha compiuto studi di germanistica e romanistica all'università di Vienna e ha svolto l'insegnamento universitario e nei licei per trenta anni in Austria, Francia e Italia, di cui tredici anni all'*United World College of the Adriatic / Collegio del Mondo Unito dell'Adriatico* a Duino (Trieste), prima come insegnante di tedesco e francese incaricata dal ministero austriaco, successivamente come direttrice agli studi e infine come vice-rettore. Parla tedesco, italiano, francese e inglese. Ha tradotto dal francese (Marcel Proust, Kreuznach, Michael Peppiatt, Zoran Music) e dall'italiano (Elena Salibra, Luigi Fontanella, Donatella Bisutti, Danila Boggiano, Mario Andrea Rigoni, Gerardo Vacana, Manfredi Lanza), pubblicati nella casa editrice *Löcker Verlag* a Vienna. La sua poesia è caratterizzata da una semplicità ricercata, laconica, nella quale le cose e le parole si stagliano cristalline, incisive. Cariche di forza o malinconia. Qui di seguito riportiamo alcune poesie tratte dall'ultima raccolta della poetessa, *Chiaroscuro*, che sarà pubblicata in traduzione italiana dall'editore Ferrari di Genova nell'autunno 2025.

Arrivare, partire

Odio le partenze
non voglio muovermi
non voglio partire
cambiamenti di luoghi
sono difficili per me.
Mi ammalo
prima di ogni partenza
non capisco per quale motivo
uno possa rallegrarsi
del fatto di essere in viaggio.
Temo l'ignoto
l'inconsueto
mi angoscia.
Potrei vivere
senza treni
macchine aerei
navi.
Non sono più
curiosa.
(1989)

Essere in lutto

Ogni passo fatica
le ore tra le mie dita
la vita si allontana
io resto
oggi è il giorno
di tutti i santi

la mia lingua
una mano tesa
un dolore
che si calma
gigli d'acqua sabbia
un fiocco bianco
nei capelli
di una bambina scura
che corre
attraverso campi di papaveri
il mio bambino mai nato
si chiama Emmanuel
come mio nonno ebreo
che non ho mai conosciuto
mio padre morente
dimmi
come si sopravvive?
(1989)

Il mio augurio di buon compleanno in forma di un improvviso giardino per Hans

Lascia accadere l'inevitabile
non pretendere o difenderti
lascia correre il sangue nelle tue vene
ascolta il fruscio
nella conchiglia bianca
e che il tuo colore preferito sia il giallo.
Ti auguro
una fontana di marmo

nascosta nell'edera
un libro ingiallito nelle mani
di una nobildonna vestita di viola
la statua di un fauno
sotto il lauro
odore di acqua di menta
e la freschezza di un prato
dopo una breve pioggia
d'estate.
(1990)

Messaggio per mio padre morto

Per questa bambina coi capelli ricci
eri l'uomo di sera
l'uomo che tornava a casa quando faceva già buio
per le bambine troppo tardi per giocare
per parlare con te.
Non ti vedevo mai presto la mattina
così silenziosamente uscivi di casa
ancora prima dell'alba
così poco rumore facevi
e non dicevi una parola.
La domenica ti guardavo in faccia
tanto in alto sopra di me
quando prendevi la mia mano
(veramente l'hai presa?)
e andavamo a messa.
In chiesa non dovevo parlare
tu pregavi.
Amavo l'incenso e l'organo
il rosso e l'oro e te.
Pensavo che fossi immortale
pensavo che forse un giorno
sarebbe stato possibile
che noi due finalmente
ci riconosciamo.
(1993)

Caleidoscopio

Il tetto a tegole rosse
che fa fronte al vento
alla pioggia che

con gesti lenti
si poggia sulle finestre, bianchi
sono i muri della stalla.
La tovaglia a scacchi blu
la sdraio nell'angolo
davanti alla porta un rosaio
e delle colline in lontananza.
Prugne nell'erba
il giardino soleggiato
invento tutto questo in un attimo
sparisce il paesaggio.
(1994)

Che tu respiri

Che tu respiri accanto a me,
che io senta i tuoi palpiti
quando appoggio cautamente la mia testa
sul tuo petto
e so che tu dormi
apparentemente senza paura
verso il risveglio,
verso il giorno nuovo,
tutto ciò dà pure certezza.
Come se
una piuma
volasse verso il blu del cielo.
(1995)

A Henny

L'arcobaleno si apre
in una bolla di sapone
ed il cappello di paglia
di quando avevi
dieci anni, non più,
riposa sul sofà
accanto all'orsetto di peluche
che è già un po' sciupato
dai troppi abbracci.
Il tutto bagnato di luce
di un pomeriggio di giugno.
Nient'altro.
(1995)

® 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

No Tobacco Day – un intervento preventivo e tecnologico contro il fumo di tabacco

Intervento di sensibilizzazione, prevenzione, raccolta e analisi digitale dei comportamenti relativi all'utilizzo di tabacco in un campione di popolazione della città di Napoli e differenze d'uso tra popolazione generale e operatori sanitari

Maria Francesca De Pinto, Francesca Estatico*, Roberta Amici**, Fabiana Barra***, Marianna Crispo*, Sara Diamare****, Elvio Marguccio*****, Filippa Nicotra°, Gennaro Pastore°, Fabio Curcio°°°*

RIASSUNTO

■ *La Convenzione quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità stabilisce obiettivi per la lotta al tabagismo per proteggere dalle devastanti conseguenze sanitarie, sociali, ambientali ed economiche. La Regione Campania con il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2020-2025, si pone l'obiettivo di attuare interventi per il contrasto al fumo. Lo studio analizza le caratteristiche di un'azione preventiva realizzata dal Dipartimento Dipendenze – ASL Napoli 1 Centro – Centro per la Prevenzione e Cura del Tabagismo. Scopi sono la diffusione di informazioni e il monitoraggio del gradimento da parte della popolazione di azioni volte alla sensibilizzazione e prevenzione del tabagismo. Altri scopi: conoscenza delle caratteristiche del fumo nella popolazione arruolata attraverso tecnologia e la motivazione individuale alla sospensione. In occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco sono stati diffusi manifesti e volantini con informazioni relative ai rischi della dipendenza, alle patologie connesse al fumo di tabacco e ai benefici nel cessarne l'uso, oltre ai riferimenti per accedere al Centro tabagismo e QR-code per compilare i questionari di Fagerstrom e Marino disponibili on-line. L'analisi è stata condotta su 538 test Fagerstrom e 379 questionari motivazionali raccolti con tecnologie digitali. In conclusione, si sottolinea l'importanza di implementare centri antifumo specializzati per attività di prevenzione e trattamenti complessi, offrendo supporto psicofisico ai fumatori. ■*

Parole chiave: *Fumo di tabacco, Tecnologia digitale, Codici QR, Prevenzione, Test Fagerstrom, Test motivazionale.*

SUMMARY

No Tobacco Day – a preventive and technological intervention against tobacco smoke

■ *The World Health Organization's Framework Convention sets targets for tobacco control to protect against devastating health, social, environmental and economic consequences. The Campania Region with the Regional Prevention Plan (PRP) 2020-2025, sets itself the goal of implementing actions to combat smoking. The study analyses the characteristics of a preventive action carried out by the Addiction Department – ASL Napoli 1 Centro – Centre for the Prevention and Treatment of Smoking. Aims are the dissemination of information and the monitoring of public acceptance of actions aimed at raising awareness and preventing smoking. Other purposes: knowledge of smoking characteristics in the enrolled population through technology and individual motivation to discontinue. On the occasion of the World No Tobacco Day, posters and leaflets were distributed with information about the risks of addiction, the pathologies associated with tobacco smoking and the benefits of discontinuing its use, In addition to the references for accessing the Smoking Centre and QR-code to fill out the questionnaires of Fagerstrom and Marino available on-line. The analysis was conducted on 538 Fagerstrom tests and 379 motivation questionnaires collected with digital technologies. In conclusion, the importance of implementing specialized anti-smoking centres for prevention activities and complex treatments, offering psycho-physical support to smokers is stressed. ■*

Keywords: *Tobacco smoke, Digital technology, QR codes, Prevention, Fagerstrom test, Motivation test.*

Articolo sottomesso: 27/03/2025, accettato: 27/05/2025

* *Volontaria, Dipartimento Dipendenze - ASL Napoli 1 Centro. Psicologa clinica.*

** *Borsista, Dipartimento Dipendenze - ASL Napoli 1 Centro - Psicologa clinica.*

*** *Psicologa tirocinante, Dipartimento Dipendenze ASL Napoli 1 Centro.*

**** *Dirigente psicologa, psicoterapeuta - ASL Napoli 1 Centro.*

***** *Dirigente Medico, Dipartimento Dipendenze - ASL Napoli 1 Centro.*

° *Dirigente Psicologa, Dipartimento Dipendenze - ASL Napoli 1 Centro*

°° *Direttore Dipartimento Dipendenze, Dipartimento Dipendenze - ASL Napoli 1 Centro.*

°°° *Medico specialista, Dipartimento Dipendenze ASL Napoli 1 Centro.*

Introduzione

Nell'ambito della lotta al tabagismo, la Convenzione quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (*WHO Framework Convention on Tobacco Control – FCTC 2003*) stabilisce obiettivi e principi che hanno lo scopo di proteggere le generazioni presenti e future dalle devastanti conseguenze sanitarie, sociali, ambientali ed economiche causate dal consumo di tabacco e dall'esposizione al fumo di tabacco. La tutela della salute rappresenta da sempre un obiettivo prioritario, centrale nel garantire il benessere complessivo della popolazione. Inoltre secondo l'OMS il benessere lavorativo costituisce un pilastro fondamentale della salute pubblica, includendo la promozione di ambienti di lavoro sicuri e salubri, che sostengano non solo la salute fisica, ma anche quella mentale e sociale dei lavoratori. In particolare, l'approccio integrato alla promozione della salute sul luogo di lavoro è cruciale per la prevenzione di infortuni, malattie psicosomatiche e per il miglioramento delle condizioni psico-sociali.

Nel contesto specifico della Regione Campania, il Piano Aziendale Educazione e Promozione della Salute 2024/2025 dell'ASL Napoli 1 Centro in linea con le indicazioni del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2020-2025, si pone l'obiettivo di attuare una serie di interventi mirati a garantire il benessere generale della popolazione e la sicurezza sui luoghi di lavoro. Le aree di intervento riguardano in particolare l'alimentazione, attività fisica, consumo di alcol, lo stress lavoro correlato, fumo di sigaretta e altre dipendenze. Questi interventi sono essenziali per la prevenzione delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT), patologie che costituiscono una delle principali cause di mortalità e morbilità a livello globale e che rappresentano circa il 75% della domanda di salute complessiva (2012).

Il nostro studio analizza le caratteristiche di un'azione preventiva di sensibilizzazione focalizzata sulla dipendenza da nicotina realizzata dall'ASL Napoli 1 Centro, in particolare dal Dipartimento Dipendenze attraverso il Centro per la Prevenzione e Cura del Tabagismo.

Scopo primario è la diffusione di informazioni mediante il coinvolgimento attivo di una parte della popolazione randomizzata e il monitoraggio del gradimento di azioni volte alla sensibilizzazione e prevenzione del tabagismo.

Scopi secondari sono 1) la conoscenza delle caratteristiche della popolazione arruolata in merito al fumo di sigaretta e alla motivazione individuale relativa all'eventuale sospensione dell'uso di tabacco e 2) il confronto delle caratteristiche dell'uso di fumo di tabacco della popolazione costituita dagli operatori sanitari rispetto alla popolazione generale.

La modalità di indagine e sensibilizzazione ha previsto l'utilizzo di due test: test di *Fagerstrom* (Fagerström, 1978) per la dipendenza da nicotina e il test di Marino per la motivazione a smettere di fumare. Tali questionari, infatti, hanno l'obiettivo di far porre, agli intervistati, l'attenzione su eventuali comportamenti problematici (consumo eccessivo di tabacco) che possono far incorrere tali soggetti in rischi per la propria salute.

Le strategie per la cessazione o la limitazione dell'uso di tabacco possono essere molteplici, ma tutte prevedono una fase iniziale di sensibilizzazione e informazione. Attraverso la giornata Mondiale di prevenzione "*World No tobacco Day*" si coglie l'occasione per la diffusione delle prime e più semplici attività previste per la limitazione del fumo di tabacco. D'altra parte, è noto che l'abuso di sostanze dipende dalla capacità addittogena (in grado di dare dipendenza) della sostanza stessa in concomitanza con altri fattori. I concetti di *Drug, Set e Setting* si devono a Norman Zinberg, ricercatore e clinico noto per il suo lavoro sugli aspetti psicologici dell'uso di droghe, in particolare nel contesto della dipendenza da sostanze. Questo autore esplora il modo in cui il contesto sociale e le disposizioni personali influenzano l'uso delle droghe, evidenziando come possano condizionare sia la modalità di dipendenza da sostanze che il recupero. Nel suo libro "*Drug, Set, and Setting*" Zinberg (Zinberg, 2019) afferma che l'esperienza dell'uso di droghe è influenzata da tre elementi interconnessi:

1. *Drug*: ossia le caratteristiche chimiche e gli effetti della sostanza utilizzata.

2. *Set*: che analizza l'atteggiamento, le aspettative e le esperienze pregresse dell'individuo riguardo alla droga.

3. *Setting*: ovvero la varietà e la qualità dell'ambiente fisico e sociale in cui si consuma la sostanza.

L'autore sostiene che questi fattori determinano non solo l'effetto immediato della sostanza psicoattiva, ma anche il potenziale di sviluppo di comportamenti problematici. La sua ricerca sottolinea l'importanza di considerare il contesto in cui avviene l'uso per comprenderne i risultati e le conseguenze.

Tra le altre strategie adottate al fine di smettere di fumare è necessario, che i soggetti siano altamente motivati a farlo. Tuttavia, in base a quanto è alta la motivazione e il grado di dipendenza dalla nicotina è possibile con l'impegno personale o con l'aiuto di un supporto qualificato, riuscire a smettere di fumare. Molto spesso però la motivazione a smettere non è correlata unicamente a fattori interni, ma anche a quelli esterni. Uno di questi è il divieto di fumare sul posto di lavoro. Può capitare, infatti, che il datore di lavoro possa richiamare i dipendenti per le eccessive "pausa sigaretta" causando così irritabilità in questi ultimi e un conseguente calo della concentrazione nello svolgimento delle mansioni. Per evitare che ciò accada, molti inibiscono il proprio desiderio di fumare diminuendo così progressivamente il consumo di sigarette.

Metodo e materiale

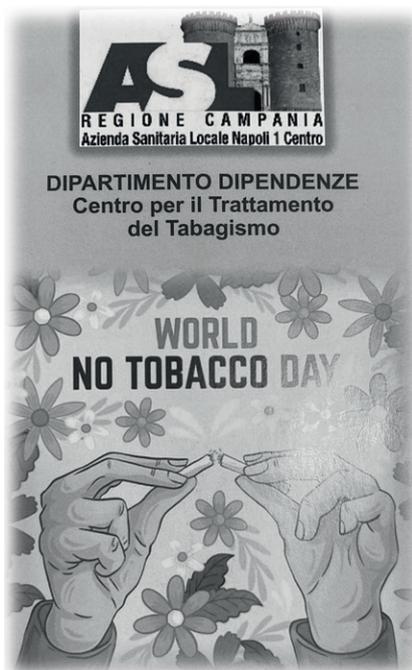
L'attività sul territorio si è svolta in occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco promossa dall'OMS (*World No-tobacco Day*), il 31 maggio 2024, con la realizzazione di punti informativi dislocati in prossimità di luoghi di aggregazione e di Presidi Ospedalieri o ambulatori della ASL Napoli 1 Centro.

Le attività programmate sono pensate per essere trasversali e implementate in diversi contesti di vita, con un'attenzione particolare alla riduzione delle disuguaglianze in salute (principio di equità). Il piano mira, quindi, non solo a migliorare il benessere generale della popolazione, ma anche a garantire l'equità nell'accesso alle risorse e alle opportunità di prevenzione e cura.



Sono stati coinvolti Operatori della ASL, in particolare del Dipartimento Dipendenze - Centro per la Prevenzione e Cura del Tabagismo e dei Gruppi di Lavoro del Piano Regionale di Prevenzione (piani predefiniti PP 03 "Luoghi di lavoro che promuovono salute" e 04 "Prevenzione delle Dipendenze"), operatori dei Presidi Ospedalieri e dei Distretti Sanitari, oltre a volontari e tirocinanti della ASL e studenti del corso di laurea di Scienze Infermieristiche dell'Università Federico II e Vanvitelli grazie al contributo della decima Municipalità del Comune di Napoli.

Sono stati realizzati manifesti completi di informazioni relative all'azione preventiva, riferimenti per accedere al Centro prevenzione e cura del tabagismo della ASL Napoli 1 Centro e QR-code per accedere ai questionari di *Fagerstrom* e Marino disponibili on-line e volantini



informativi recanti informazioni relative ai rischi della dipendenza, alle patologie connesse al consumo del fumo di tabacco e ai benefici nel cessarne l'uso, oltre ai già menzionati codici QR. I test sono stati somministrati mediante l'uso di materiale cartaceo e con modalità digitale implementando un questionario online attraverso la piattaforma informatica Google moduli e collegando al questionario un codice *quick response* (QR-code).

Altre azioni informative in un'ottica intersettoriale e multidisciplinare volte a sensibilizzare i target dell'intervento (popolazione generale e operatori sanitari) sui rischi legati al consumo di tabacco hanno riguardato la divulgazione di informazioni circa il benessere derivante dalla cessazione del consumo di tabacco, tecniche psicoeducative volte all'autocontrollo del *craving*, le caratteristiche delle modalità del consumo (sigarette artigianali, industriali, svapo, dispositivi a tabacco riscaldato) e l'utilizzo di slogan volti allo scambio di una sigaretta per una mela ("me la fumo? no mela mangio").



NON MANDARE TUTTO IN FUMO!
31 maggio 2024
 Giornata mondiale **SENZA** Tabacco

ATTIVITÀ DI SENSIBILIZZAZIONE
 10.00 | 17.00
 Stand presso la piazzetta antistante la Cumana
 fermata "Mostra"

PROGETTI DI PREVENZIONE IN CORSO SUL TERRITORIO
 Sessioni informative nel programma PP04
"Scuole che promuovono salute"

- Incontri di sensibilizzazione per i lavoratori delle Aziende aderenti al Programma predefinito PP03
- Campagne di comunicazione sui media e sui social networks

CENTRO PER IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO

- Consulenza e supporto medico e psicologico
- Terapie allopatriche e agopuntura
- Gruppi di psicoterapia psicocorporea

SEDI PRESSO LE QUALI SONO EROGATE LE PRESTAZIONI

- Uscita via Giambattista Marino (via Sottopasso Claudio) presso il SERD di Fuorigrotta (Piramide)

Tel_ 081 2548112 | 081 2548110 | 081 2548105 | 081 2548106 | 081 2548107



Fagerstrom



Marino

Risultati

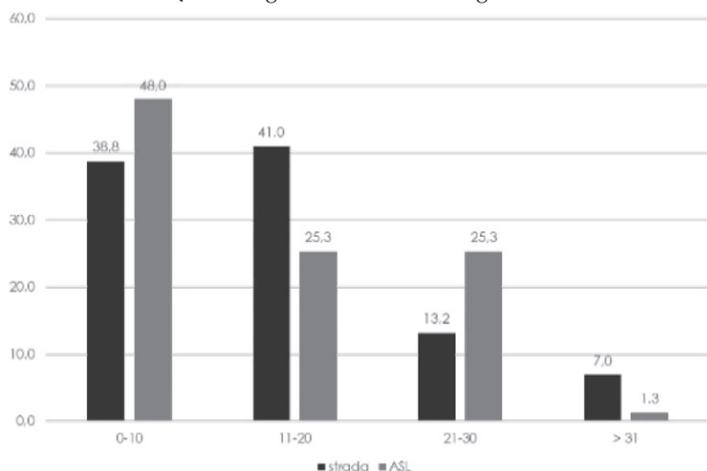
I risultati evidenziano l'importanza di interventi personalizzati e dell'uso di strumenti come il QR Code per ampliare la curiosità per l'iniziativa e la portata educativa.

È stato valutato il gradimento delle proposte psicoeducative ed informative effettuate ad oltre 1.200 persone in diversi luoghi di aggregazione, tra cui pubbliche piazze, Università, Distretti Sanitari, Presidi Ospedalieri e stazioni metropolitane, al fine di uniformare e migliorare l'efficacia dell'approccio verbale e della modalità per la diffusione delle informazioni utili all'intervento di sensibilizzazione per la cessazione del fumo di tabacco, in particolare per gli operatori coinvolti. L'analisi è stata condotta grazie ad una raccolta dati informale relativa alla stratificazione degli intervistati e alle evidenze riferite dagli intervistatori.

Tra gli interessati sono stati raccolti 615 test di *Fagerstrom* e 476 questionari motivazionali di Marino, anche online. All'analisi successiva dei test sono stati validati 538 test per valutare il livello di dipendenza (*Fagerstrom* – validi l'87,5% dei test) e 379 questionari motivazionali (Marino – validi il 79,6% dei test) a causa di una quota di risposte ritenute non idonee e pertanto scartate.

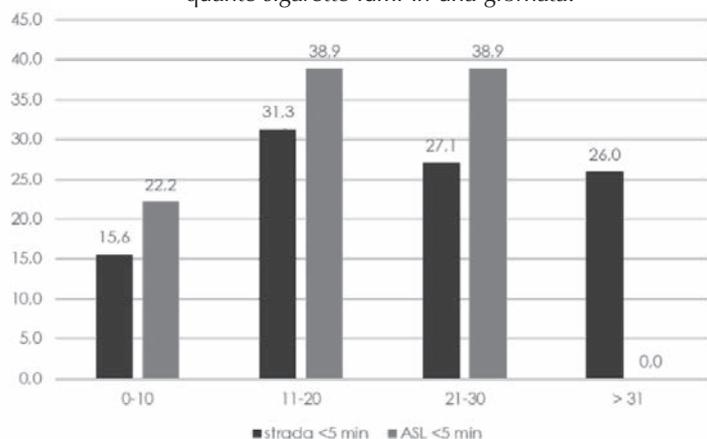
I risultati del test di *Fagerstrom* evidenziano una elevata quota di persone con dipendenza da nicotina che fuma più di 20 sigarette al giorno, pari al 20% dei partecipanti. Tra gli operatori sanitari dell'ASL, il 48% fuma meno di 10 sigarette al giorno, mentre il 25% ne fuma tra 11 e 20. Tuttavia, si riscontra un tasso maggiore di "heavy smokers" tra gli operatori sanitari rispetto alla popolazione generale (25,3% degli Operatori Sanitari vs. 13,2% della popolazione generale), suggerendo un *bias* di rilevamento legato all'autoselezione dei partecipanti.

Quante sigarette fuma in una giornata?

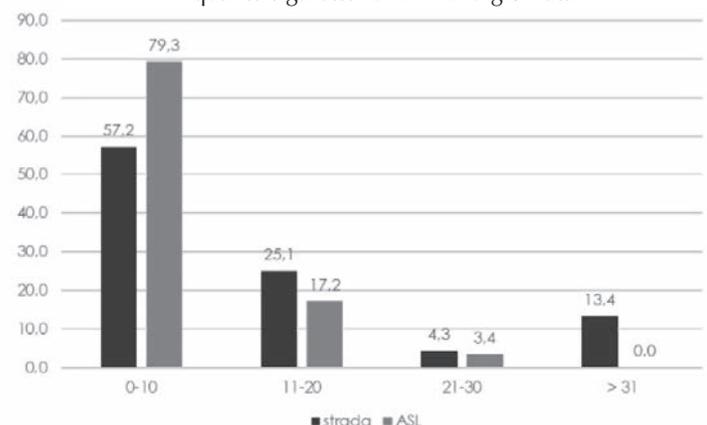


Il comportamento di dipendenza è fortemente influenzato dai meccanismi neurofisiologici della nicotina, che attiva i circuiti cerebrali della gratificazione, stimolando il rilascio di dopamina. Gli effetti della nicotina si manifestano rapidamente, con picchi entro 10 secondi dall'inalazione, ma diminuiscono rapidamente, costringendo il fumatore a ripetute autosomministrazioni per mantenere gli effetti piacevoli e prevenire l'astinenza. I dati raccolti suggeriscono che "accendere una sigaretta entro 5 minuti dal risveglio" è associato a un maggior consumo giornaliero di sigarette, con l'80% dei fumatori che accende la prima sigaretta entro i 5 minuti fumando più di 10 sigarette al giorno. D'altro canto, chi ritarda la prima sigaretta di oltre 60 minuti ha una probabilità maggiore di consumare meno di 10 sigarette al giorno.

Se accendi la prima sigaretta del mattino **entro 5 minuti**, quante sigarette fumi in una giornata?

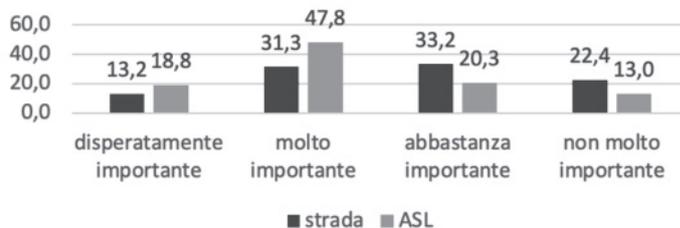


Se accendi la prima sigaretta del mattino **dopo 60 minuti**, quante sigarette fumi in una giornata?



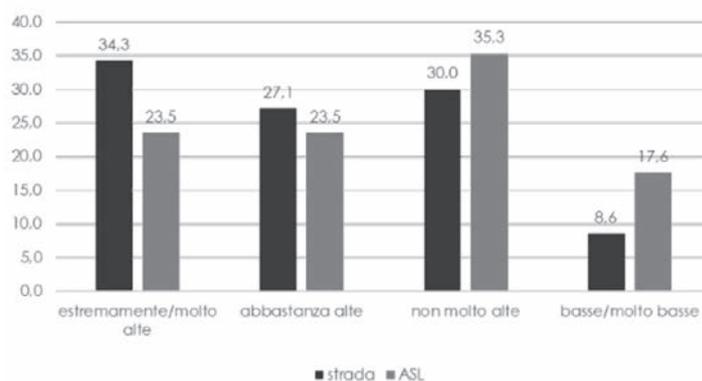
Per quanto riguarda la importanza attribuita alla cessazione del fumo da parte degli intervistati si osserva che per la popolazione generale c'è una sottovalutazione dell'impatto del fumo sulla salute nel 22,4% delle persone, laddove il 13% degli operatori sanitari la ritiene "non molto importante"; di contro la cessazione dell'uso di tabacco appare "disperatamente importante" nel 13,2% dei passanti vs. il 18,8% del personale sanitario.

Quanto è importante smettere di fumare (%) strada # 304 - ASL # 69

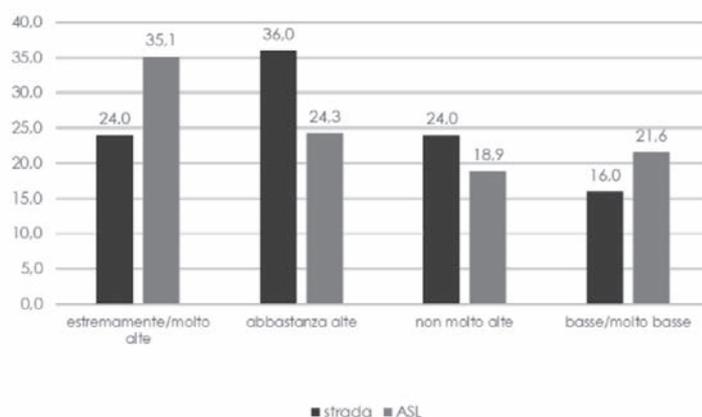


Il questionario motivazionale ha rivelato che la maggior parte dei fumatori, sia tra i passanti sia tra gli operatori sanitari, riconosce il tabacco come dannoso e desidera ridurre il consumo o smettere di fumare, con la salute futura come principale motivazione. Tuttavia, solo il 4-6% delle persone che provano a smettere riesce a mantenere l'astinenza oltre il mese.

Sofferenti per la propria salute/probabilità di smettere - % (tot. 162) passanti # 125 - ASL # 37



Preoccupati per la propria salute futura/probabilità di smettere - % (tot. 162) passanti # 125 - ASL # 37



Discussione

Le modificazioni epigenetiche indotte dal fumo di sigaretta, come la metilazione del DNA, hanno effetti duraturi sul genoma, anche dopo la cessazione del fumo (Baccarelli, 2010). Studi recenti hanno evidenziato che alcune di queste modifiche possono persistere fino a 30 anni dopo l'interruzione del fumo, influenzando l'espressione genica e aumentando il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e alcuni tipi di neoplasie (Hoang, 2024). L'evidenza suggerisce che grazie alla reversibilità di alcune modifiche epigenetiche, gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura devono essere attuati il più presto possibile per limitare i danni a lungo termine anche sul materiale genetico e migliorare la prognosi del trattamento. Dai risultati dell'analisi dei test somministrati – la cui significatività è limitata dalla grandezza del campione – si evince che sia pure in misura non eccessivamente rilevante, il personale sanitario (medici e non medici) risulta essere maggiormente consapevole dei rischi connessi al fumo di tabacco. Questo dato risulta essere in linea con precedenti studi (Istituto Superiore di Sanità, 2024) in cui la prevalenza di fumatori tra i medici è diminuita in modo consistente fino al 2018, mentre resta più alta e appena in lenta riduzione tra gli operatori sanitari non medici (dati 2014-2018 del sistema di sorveglianza PASSI pubblicati a giugno 2021). Nella prevenzione del tabagismo, i medici e gli altri operatori sanitari svolgono un ruolo chiave sia nella diffusione del fumo che nel contrasto, infatti essi potrebbero rappresentare un modello, in relazione alle loro abitudini al fumo, per i loro pazienti e per i cittadini. Tuttavia, è stato osservato che, rispetto ai loro colleghi non fumatori, i medici e gli infermieri che fumano sono più restii nell'affrontare il problema del fumo con i loro pazienti e nel raccomandare i metodi per smettere.

Ancora, gli operatori sanitari possono costituire un potente gruppo di supporto alle politiche di controllo del tabacco, un ruolo ben noto alle aziende produttrici che, all'interno delle loro strategie di marketing, curano in modo privilegiato il rapporto con i medici. Successivamente, i medici, forse per il migliore accesso all'informazione, sono anche il primo gruppo sociale che rifiuta il fumo, la prevalenza si discosta anche di molto da quella del resto della popolazione, anticipando i comportamenti di cessazione e di astinenza dal tabacco che vanno diffondendosi nella società. Un aspetto centrale da tenere in considerazione riguarda la perdita di controllo che tra gli operatori sanitari dimostra il peso dei fattori genetici nella dipendenza; infatti gli operatori sanitari fumatori, più informati della popolazione generale in merito ai rischi e teoricamente meno influenzabili dagli accattivanti ed ingannevoli messaggi pubblicitari, tuttavia diventano dipendenti dal fumo. Potremmo quindi correlare la percentuale dei soggetti operatori sanitari dipendenti da fumo alla genetica più che ad altre influenze ambientali. Dietro quest'abitudine che viene etichettata spesso come "semplice vizio", si celano aspetti psicologici più profondi. L'accensione di una sigaretta ha, difatti, anche una funzione di regolazione emotiva, aiutando così i soggetti che ne fanno uso a ridurre le emozioni negative, alleviare lo stress e ritrovare un equilibrio psico-fisico. In base alla minore prevalenza del fumo di tabacco tra gli operatori sanitari si può ipotizzare, che una parte di questi soggetti conosca strategie più funzionali per gestire lo stress, essendo inserito in un contesto dove si pone una maggiore attenzione alla salute intesa come stato di completo benessere "bio-psico-sociale" dei lavoratori. Così facendo non vengono messi in atto comportamenti a rischio che abbiano la funzione di ridurre un disagio solo per un breve periodo ed impattare negativamente sulla propria qualità di vita a lungo termine.

Conclusioni

Per quanto riguarda la prevalenza dei fumatori nel campione analizzato, essa risulta maggiore della prevalenza rilevata dai dati PASSI 2022 (Istituto Superiore di Sanità, 2024), in cui in Italia, secondo i dati PASSI 2022-2023, la maggioranza degli adulti 18-69enni non fuma (58,7%) o

ha smesso di fumare (16,8%), ma 1 italiano su 4 è fumatore (24,5%). Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia 22 fumatori su 100 ne consumano più di un pacchetto. Tale risultato è certamente influenzato dalla inevitabile selezione causata dal diverso interesse dei passanti per la proposta informativa tra i fumatori rispetto ai non fumatori. Anche l'età di inizio risulta un importantissimo fattore di rischio, talvolta essendo effettuata fin dalle scuole elementari o Medie Inferiori. Ciò evidenzia la necessità di interventi preventivi precoci e personalizzati per ridurre la dipendenza da nicotina, nella popolazione generale e specialmente tra gli operatori sanitari. È cruciale promuovere programmi di prevenzione nella popolazione generale precoci e continuativi, a partire dall'adolescenza, integrando strategie educative che coinvolgono la comunità, le istituzioni (Scuola, Sanità, famiglie), i luoghi di aggregazione e i media. Attraverso la prevenzione, è possibile individuare condotte a rischio e di agire così prima che un determinato comportamento possa diventare una costante della persona ed avere conseguenze dannose per se stessi e per gli altri.

La dipendenza dal fumo di tabacco, come abbiamo in parte rilevato, appare essere un fenomeno multifattoriale complesso, in cui fattori genetici si intersecano con altri aspetti della vita del singolo e della Società. La prossima sfida dell'OMS (dal 2023) riguarda la lotta ai messaggi ingannevoli e accattivanti attuati dalle aziende produttrici di tabacco nelle varie forme: sigarette, tabacco, svapo, devices per la combustione a bassa temperatura; tutti strumenti che rappresentano accessori di moda di utilizzo comune, soprattutto per le fasce di età adolescenziale, maggiormente influenzabili dalla pubblicità e dai social media.

In conclusione, si sottolinea l'importanza di implementare centri antifumo specializzati per trattamenti complessi, in grado di offrire supporto sia fisico che psicologico ai fumatori e di attuare interventi preventivi efficaci.

Riferimenti bibliografici

- Baccarelli A., Rienstra M., Benjamin E.J. (2010). Cardiovascular Epigenetics: Basic Concepts and Results From Animal and Human Studies. *Cardiovascular Genetics*, 3(6). Doi: 10.1161/CIRCGENETICS.110.958744.
- Fagerström K.O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive behaviors*, 3(3-4): 235-241.
- Hoang Thanh T., Heijmans B. et al. (2024). Comprehensive evaluation of smoking exposures and their interactions on DNA methylation. *eBioMedicine*, 100, 104956.
- Minardi V., D'Argenio P., Gallo R., Possenti V., Contoli B., Carrozzini G., ... Gorini G. (2021). Smoking prevalence among healthcare workers in Italy, PASSI surveillance system data, 2014-2018. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 57(2): 151-160.
- Zinberg N.E. (2019). *Droga, set e setting: Le basi del consumo controllato di sostanze psicoattive* (S. Ronconi, Trad.). EGA-Edizioni Gruppo Abele.

Sitografia

- ASL Napoli 1 Centro (2024). Piano aziendale educazione e promozione della salute – Annualità 2024-2025. -- www.aslnapoli1centro.it/dettaglio-news/-/asset_publisher/SnWbrCofr6d3/content/piano-aziendale-educazione-e-promozione-della-salute-annualita%25C3%25A0-2024-2025.
- Regione Campania (2020). Piano regionale della prevenzione 2020-2025. -- www.regione.campania.it/regione/it/tematiche/prevenzione-e-igiene-sanitaria-96b9/piano-regionale-della-prevenzione-2020-2025?page=1.
- Epicentro – Istituto Superiore di Sanità (2012, marzo). BEN Marzo 2012: Fumo e salute. -- www.epicentro.iss.it/ben/2012/marzo/2.
- Epicentro – Istituto Superiore di Sanità (2024). Fumo: dati PASSI e progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia. -- www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo.
- World Health Organization (2023, November 16). New WHO campaign highlights tobacco industry tactics to influence public health policies. -- www.who.int/news/item/16-11-2023-new-who-campaign-highlights-tobacco-industry-tactics-to-influence-public-health-policies.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno XII, n. 44

MISSION n. 70

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

Redazione: Ezio Manzato, Felice Nava, Liliana Praticò, Sara Rosa

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

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

Redazione Mission: CeRCo, Milano.

Pubbligate le Linee Guida Nazionali per il trattamento del DUA: una buona notizia, nonostante i limiti

*a cura di Giovanni Luca Galimberti**

Nel novembre 2024, l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha pubblicato le nuove Linee Guida per il trattamento del Disturbo da Uso di Alcol (DUA), finalizzate a uniformare e ottimizzare gli interventi terapeutici in Italia (www.epicentro.iss.it/linee-guida-dua e materiale supplementare).

Queste linee guida, sviluppate dal Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), si basano su evidenze scientifiche e sull’esperienza clinica di esperti del settore.

Il documento è stato promosso dal CRARL (Centro di Riferimento Alcolologico Regione Lazio) in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia dell’ASL Roma 1.

Hanno collaborato: ASL Roma 1, ASL Roma 2, ASL Roma 3, ASL Roma 4, ASL Roma 5, ASL Roma 6, ASL Frosinone, ASL Latina, ASL Rieti, ASL Viterbo, U.O.C. Medicina Interna e Patologie Alcol Correlate Fondazione IRCCS Policlinico Gemelli – Università Cattolica del Sacro Cuore Roma, Centro Alcolologico Regionale Toscano, Centro Alcolologico Regione Liguria, FeDerSerD – Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi per le Dipendenze, SIA – Società Italiana di Alcolologia, SIPaD – Società Italia-

na Patologie da Dipendenza, SITAC – Società Italiana per il Trattamento dell’alcolismo e le sue Complicanze, SITD – Società Italiana Tossicodipendenze, Società Italiana di Tossicologia.

Il Gruppo di lavoro è stato presieduto dall’Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) dell’ISS.

Obiettivi e metodologia

Scopo delle Linee Guida è di produrre raccomandazioni operative per il Trattamento del Disturbo da uso di Alcol DUA¹ sulla base delle evidenze disponibili e dell’esperienza clinica del Gruppo Promotore e del Panel di Esperti.

La finalità è di uniformare ove possibile il Trattamento del DUA, offrendo la migliore cura su tutto il territorio nazionale.

Il processo di sviluppo ha seguito gli standard metodologici definiti dal SNLG, garantendo un approccio scientifico e rigoroso.

Il metodo seguito è stato quello del GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation. www.gradeworkinggroup.org) (2), che garantisce una profonda analisi della Letteratura e permette la valutazione della qualità delle prove, il confronto con gli esperti partecipanti al Panel e

* *Psichiatra e farmacologo clinico, direttore UOC Dipendenze ASST Brianza, coordinatore settore nazionale Alcolologia di FeDerSerD.*

infine consente di graduare la forza delle raccomandazioni.

Popolazione target e aree tematiche di applicazione

Le raccomandazioni contenute nelle Linee Guida sono rivolte al trattamento degli adulti di età superiore ai 18 anni, di entrambi i generi, affetti da DUA, inclusi pazienti con comorbidità (ad esempio, disturbi da uso di altre sostanze o disturbi psichiatrici) e popolazioni a rischio (donne, giovani adulti, anziani over 65).

Non sono inclusi minori di 18 anni, donne in gravidanza e soggetti con consumo recente di alcol perdurante da più di 28 giorni.

Le Linee Guida considerano le seguenti aree tematiche: trattamento farmacologico, trattamento di psicoterapia, trattamento psicosociale, trattamenti combinati.

Sono state escluse: diagnosi, interventi di prevenzione mediante campagne di informazione e di screening della popolazione adulta generale, interventi di prevenzione mediante campagne di informazione e di screening della popolazione minorile, diagnosi e trattamento minori, trattamento della Sindrome astinenziale acuta, trattamento donne in gravidanza, FAS, Sindrome Feto-Alcolica e FASD Spettro dei disordini feto-alcolici.

Quesiti clinici e raccomandazioni

Come previsto dal metodo GRADE sono stati individuati dal Comitato Tecnico Scientifico tre quesiti clinici fondamentali:

1. Il trattamento farmacologico vs nessun trattamento dovrebbe essere utilizzato nel DUA per la riduzione dell'uso/mantenimento dell'astensione?

Le evidenze suggeriscono che l'uso di farmaci può essere efficace nel ridurre l'uso di alcol o nel mantenimento dell'astensione.

Vengono indicate le raccomandazioni di uso rispetto le molecole autorizzate da AIFA per il trattamento a lungo termine del DUA (acamprosato, naltrexone, nalmefene, disulfiram).

Per il Sodio Oxibato è presente un box specifico.

2. La psicoterapia vs altri trattamenti psicosociali dovrebbe essere utilizzata nel DUA per la riduzione dell'uso/mantenimento dell'astensione?

Interventi psicoterapeutici, come la terapia cognitivo-comportamentale, sono raccomandati per il trattamento del DUA.

3. Il trattamento farmacologico combinato con gli interventi psicosociali dovrebbe essere utilizzato

rispetto al trattamento farmacologico e interventi psicosociali non in associazione nel DUA per la riduzione dell'uso/mantenimento dell'astensione?

L'approccio combinato è considerato più efficace rispetto all'uso isolato di farmaci o di interventi psicosociali.

Le raccomandazioni si basano su un bilancio tra benefici ed effetti sfavorevoli delle diverse opzioni terapeutiche, offrendo supporto ai professionisti sanitari nel processo decisionale.

Implicazioni per la pratica clinica

Queste Linee Guida si prefiggono l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti con DUA, promuovendo un approccio più uniforme e basato sulle evidenze.

Ciò implica una maggiore collaborazione tra i diversi livelli del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), una migliore integrazione tra ospedale e territorio, un uso più appropriato delle risorse disponibili, la possibilità di personalizzare gli interventi di cura.

Inoltre, le Linee Guida possono contribuire a una maggiore consapevolezza tra i professionisti sanitari riguardo alle migliori pratiche nel trattamento del DUA, favorendo un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Le Linee Guida sul trattamento del Disturbo da Uso di Alcol (DUA) pubblicate in Italia nel novembre 2024 rappresentano un passo importante verso un approccio più scientifico e sistematico alla cura dell'alcolismo.

Tuttavia, una lettura critica permette di evidenziare sia i punti di forza che alcune aree di debolezza o miglioramento.

Punti di forza

1. Basate su evidenze scientifiche

Le raccomandazioni sono fondate su studi sistematici e seguono il rigore metodologico previsto dal Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).

Questo garantisce solidità e affidabilità nella pratica clinica.

2. Approccio multidisciplinare

Viene incoraggiato l'uso integrato di interventi farmacologici e psicosociali, riflettendo una comprensione avanzata del carattere multifattoriale dell'alcolismo.

La combinazione di psicoterapia, interventi psicosociali e trattamento farmacologico è coerente con le migliori pratiche internazionali.

3. Chiarezza nel target clinico

Le linee guida definiscono chiaramente la popolazione target (adulti >18 anni), favorendo l'appropriatezza degli interventi.

Questo aiuta gli operatori sanitari ad orientarsi nella gestione clinica.

4. Coinvolgimento di enti autorevoli

Il ruolo dell'Istituto Superiore di Sanità, del CRARL, delle più importanti Società Scientifiche nell'ambito delle Dipendenze Patologiche e di altri centri specializzati garantisce un'ampia competenza tecnica e scientifica nel processo di elaborazione.

Criticità e limiti

1. Esclusione delle fasce vulnerabili

Non vengono trattati i casi di minori, donne in gravidanza e soggetti con consumo recente.

Si tratta di categorie ad altissimo rischio che avrebbero meritato indicazioni, anche preliminari. L'assenza di riferimenti riduce l'utilità delle linee guida in contesti reali, dove queste situazioni sono comuni.

2. Focus clinico, poca attenzione al contesto sociale

Manca una riflessione approfondita sull'ambiente sociale, economico e culturale che influenza il comportamento alcolico.

Aspetti come la marginalità, l'accesso ai servizi e le disuguaglianze sanitarie sono poco considerati.

3. Limitata applicabilità territoriale

Nonostante il tentativo di uniformare gli interventi, le linee guida non forniscono strumenti concreti per superare le disparità regionali nei servizi per le dipendenze, che in Italia restano marcate.

La loro implementazione potrebbe dunque essere disomogenea.

4. Assenza di raccomandazioni preventive

La prevenzione viene esclusa a priori.

Questa scelta è metodologicamente comprensibile ma poco strategica, considerando che l'alcolismo ha una forte componente prevenibile, soprattutto nei giovani.

5. Valutazione del follow-up poco approfondita

Le linee guida si concentrano sul trattamento iniziale, ma non entrano nel merito di protocolli chiari per il follow-up a lungo termine.

Questo è un elemento centrale per garantire la continuità terapeutica e prevenire le ricadute.

Conclusioni

La presenza di Linee Guida per una determinata patologia assume diversi significati.

Il primo e più immediato è la disponibilità di indicazioni operative utili per gli specialisti della materia.

È limitato pensare che l'importanza delle Linee Guida si esaurisca in questa funzione pratica.

La loro stessa presenza conferisce alla condizione clinica cui si applicano dignità di patologia.

Nel settore delle Dipendenze Patologiche in generale e dell'Alcolismo in particolare, sappiamo bene quanto a tutt'oggi permangano, anche tra gli operatori socio-sanitari, una visione giudicante e intrisa di pregiudizio, certamente ben lontana dall'approccio scientifico.

Inoltre il fatto che le Linee Guida siano state costruite con grande rigosità scientifica evidenzia non solo il riconoscimento del DUA come patologia, ma riconosce anche la grande complessità della condizione e la necessità di approfondire gli studi e le pubblicazioni.

Infatti uno dei fattori di debolezza delle Linee Guida è la povertà della Letteratura.

Le Linee Guida italiane sul trattamento dell'alcolismo rappresentano pertanto una svolta positiva e necessaria, fondata sulla medicina basata sull'evidenza e su un impianto clinico solido ed una occasione di riflessione per gli operatori delle Dipendenze per rivalutare la propria professione e per impegnarsi maggiormente nella raccolta dati e nella pubblicazione delle proprie osservazioni. L'approccio appare ancora troppo medicalizzato e poco orientato a una visione biopsicosociale integrata.

Per renderle più efficaci, sarà fondamentale:

- accompagnarle con politiche di implementazione a livello regionale,
- integrarle con documenti complementari su prevenzione e trattamento delle categorie vulnerabili,
- e soprattutto promuovere formazione e sensibilizzazione tra gli operatori.

In sintesi, le linee guida sono un buon punto di partenza, ma dovranno essere affiancate da strumenti concreti, adattabili e inclusivi per avere un impatto reale sulla salute pubblica.

In questa direzione le maggiori Società Scientifiche del Settore hanno redatto le Linee di indirizzo, che in parte integrano i punti di debolezza delle Linee Guida.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (2013). *Manuale Diagnostico e Statistico Dei Disturbi Mentali – Quinta Edizione. DSM-5* (Raffaello Cortina, Milano, 2014).

Amato L., De Fiore L., Parmelli E., Davoli M. (2017). *Il Metodo GRADE*. Il Pensiero Scientifico Ed.

Il Sodio Oxibato: farmaco importante, potente e “divisivo”

Giovanni Luca Galimberti*

Le recenti Linee Guida sul trattamento del DUA (1) sono composte da due testi: il testo delle Linee Guida ed il testo costituito dal Materiale Aggiuntivo, ossia dai necessari allegati che meglio specificano e approfondiscono alcuni punti delle Linee Guida stesse (www.epicentro.iss.it/linee-guida-DUA e materiale supplementare).

Tra essi l'allegato 7 affronta il tema del farmaco Sodio Oxibato (SO).

Perché a differenza di quanto avviene per il naltrexone, nalmeffene, disulfiram e acamprosato questo farmaco non viene ricompreso all'interno delle Linee Guida?

Ricordandoci che le Linee Guida non trattano il tema del trattamento della Sindrome di astinenza acuta da alcol, troviamo la spiegazione all'interno dello stesso Allegato 7 “non possono essere formulate raccomandazioni in contrasto con norme e disposizioni di legge delle agenzie regolatorie, nel caso particolare la nota AIFA del 2023”.

Questa nota dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) prevede l'utilizzo del Sodio Oxibato come “coadiuvante nel controllo della sindrome astinenziale acuta da alcol etilico”.

La stessa AIFA ha inoltre approvato un suo utilizzo anche per cicli ripetuti per un adeguato controllo dei sintomi astinenziali protratti (2).

Nell'allegato si fa cenno ad una condizione clinica ancora non ben definita “Sindrome Astinenziale Protratta” (SAP).

Al di là della definizione nosologica viene riconosciuta la presenza di un decorso temporale caratteristico dell'astinenza dall'alcol, quale condizione clinica protratta nel tempo con la persistenza di sintomi astinenziali che possono essere responsabili di una ricaduta nel consumo di alcol (3).

In questi casi il trattamento farmacologico è utile per ridurre la sofferenza del paziente e giungere più rapidamente ad una stabilizzazione clinica.

Si sottolinea come l'uso di GABAergici non BDZ garantisca una riduzione più rapida del craving rispetto all'uso dei farmaci non GABAergici (4).

Pertanto il Sodio Oxibato non è stato inserito nella stesura delle attuali Linee Guida in quanto risulta off label per il trattamento cronico del DUA ed è approvato esclusivamente come coadiuvante nel controllo della sindrome astinenziale acuta da alcol, con la possibilità di ripetere cicli di terapia in caso di presenza di una SAP.

Considerazioni

Il Sodio Oxibato è un farmaco utilizzato in ambito alcologico dal almeno trent'anni, su di esso da tempo è presente un dibattito, che, purtroppo, spesso prescinde dalle argomentazioni

* *Psichiatra e farmacologo clinico, direttore UOC Dipendenze ASST Brianza, coordinatore settore nazionale Alcolologia di FeDerSerD.*

scientifiche, cui dovremmo attenerci, e ricomprende posizioni preconcepite e ideologiche.

Si tratta di un farmaco potente e di grande interesse clinico, che deve essere utilizzato con le dovute attenzioni e non con modalità naive.

Come spesso avviene per molti farmaci con una azione psicotropa, in primis le benzodiazepine, si sono verificati casi di abuso o misuso del farmaco, questi sono stati molto enfatizzati o comunque non relativizzati rispetto le modalità di utilizzo.

Tutto ciò ha portato per un certo periodo ad un ostracismo di questo farmaco da parte di molti Servizi Alcologici oppure ad un continuo utilizzo da parte di altri anche off label rispetto le indicazioni AIFA.

Incredibile che uno strumento di terapia come un farmaco abbia assunto un ruolo divisivo nei Servizi Alcologici.

Sembra necessario riposizionare il Sodio Oxibato all'interno delle terapie farmacologiche del DUA e recuperare un atteggiamento scientifico da parte dei clinici, basato sulla conoscenza del Sodio Oxibato.

Per un corretto utilizzo dei farmaci è necessario che il clinico conosca le caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche delle molecole, soprattutto quando esse sono dotate di grande potenza come per il Sodio Oxibato.

È opportuno inoltre ampliare la conoscenza della condizione clinica della SAP (Sindrome di astinenza protratta), che pur se discussa come entità nosologica certamente fornisce una spiegazione biochimica di quei sintomi astinenziali che perdurano, a volte per mesi, e sono alla base delle ricadute specialmente nelle fasi iniziali dell'astensione dall'uso di alcol.

In un'ottica di personalizzazione della cura del DUA anche nell'ambito farmacologico è necessario che il clinico tenga presente e possa disporre di tutta la gamma di farmaci approvati da AIFA per il trattamento del DUA nelle diverse fasi della malattia.

Seguendo le indicazioni AIFA certamente il Sodio Oxibato rappresenta una importante opzione farmacologica sia nel trattamento della Sindrome di astinenza acuta che nella possibilità di intervenire qualora si ripresentino sintomi astinenziali spesso causa di ricadute soprattutto nelle prime fasi di trattamento.

Riferimenti bibliografici

1. American Psychiatric Association (2013). *Manuale Diagnostico e Statistico Dei Disturbi Mentali – Quinta Edizione. DSM-5* (Raffaello Cortina, Milano, 2014).
2. AIFA, Alcover 175 mg/ml soluzione orale, Materiale Educazionale approvato da AIFA in data 09/05/2023.
3. Gallus *et al.* (2022). Symptoms of Protracted Alcohol Withdrawal in Patients with Alcohol Use Disorder. A comprehensive systematic review. *Current Neuropharmacology*.
4. ISS. Procedure di invio e valutazione di Linee Guida per la pubblicazione nell'SNLG. Manuale operativo - Versione 3.1 – marzo 2023.

Si riporta il capitolo 3 delle

Linee di Indirizzo Intersocietarie su Diagnosi e Cura del Disturbo da Uso di Alcol (DUA), 2025

Società scientifiche: FeDerSerD, SIA, SIPaD, SITD, SITOX

Board Scientifico: Patrizia Balbinot, Roberta Balestra, Orazio Cantoni, Fabio Caputo, Augusto Consoli, Edoardo Cozzolino, Giovanni Galimberti, Claudio Leonardi, Anna Loffreda, Guido Mannaioni, Lorenzo Somaini, Gianni Testino, Sarah Vecchio, Teo Vignoli, Valeria Zavan

3. Indicazioni pratiche per il trattamento farmacologico

3.1. Considerazioni generali

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) è un disturbo cronico e recidivante, caratterizzato dalla ricerca compulsiva dell'alcol nonostante le possibili conseguenze mediche, sociali e legali e rappresentato da manifestazioni comportamentali, fisiche, psichiche e cliniche diverse da individuo a individuo. Il trattamento farmacologico risulta utile nel trattamento della Sindrome d'Astinenza da Alcol (SAA) e nel trattamento per il mantenimento dell'astensione/riduzione dei consumi.

Nell'esperienza dei soggetti con DUA, il desiderio irrefrenabile ed il bisogno incoercibile di assumere sostanze alcoliche con modalità compulsive (craving) si associa alla perdita delle capacità di regolarne l'assunzione.

Dal punto di vista neurofisiologico, quanto sopra si accompagna a importanti cambiamenti nelle regioni cerebrali responsabili dell'esecuzione dei comportamenti motivati come il mesencefalo, la corteccia limbica e la corteccia prefrontale.

Il DUA induce inoltre cambiamenti importanti a livello dei recettori neuronali responsabili delle vie inibitorie ed eccitatorie del sistema nervoso centrale.

In particolare, si osserva una riduzione dell'espressione dei recettori dell'acido γ -amminobutirrico (GABA), come risposta di feed-back all'effetto depressivo dell'alcol.

Si osserva peraltro una up-regolazione dei recettori eccitatori del glutammato, sempre finalizzata a contrastare gli effetti dell'abuso cronico di alcol.

Nel momento in cui il consumo di alcol cessa improvvisamente, il sistema nervoso non dispone del tempo sufficiente per riequilibrare la situazione neurologica e si possono manifestare i sintomi tipici della Sindrome d'Astinenza da Alcol (SAA).

La SAA può essere idealmente suddivisa in due fasi:

- Astinenza Acuta da Alcol (AAA).
- Astinenza Protratta da Alcol (APA).

La AAA (della durata media di 10-15 gg) viene riconosciuta grazie al manifestarsi di due o più dei seguenti sintomi: iperattività autonoma, insonnia, nausea o vomito, agitazione psicomotoria, ansia e può essere complicata dalla comparsa

di tremore, crisi tonico-cloniche generalizzate, allucinazioni transienti tattili/ uditive/visive.

L'obiettivo principale del trattamento farmacologico della AAA è quello di minimizzare la gravità dei sintomi al fine di prevenire le complicanze come convulsioni e tremori e migliorare la qualità di vita del paziente.

I sintomi correlati allo squilibrio neurochimico possono protrarsi anche dopo il superamento della AAA portando allo sviluppo di APA: il trattamento farmacologico di questa fase è orientato quindi ad un rapido controllo dei sintomi.

Mediamente il trattamento farmacologico permette di raggiungere tale risultato in un arco temporale di qualche settimana mentre in assenza di trattamento una situazione simile è ottenibile nell'arco di 6 mesi di astensione da alcol.

Durante le prime fasi del trattamento di disassuefazione e/o disintossicazione, dopo avere tempestivamente trattato la AAA ove presente, si programma un intervento multidisciplinare che ha come obiettivi principali: attuare una corretta valutazione diagnostica, favorire il mantenimento dell'astensione dall'alcol e prevenire le ricadute, o in alcuni casi particolarmente complessi, la riduzione delle assunzioni con conseguente riduzione del danno sistemico.

In questa fase i trattamenti farmacologici principali sono il trattamento avversivante e i farmaci anticraving e che tendono a ridimensionare progressivamente gli effetti rinforzanti dell'alcol, agendo sui neurotrasmettitori coinvolti nei circuiti del reward, in particolare la dopamina, gli oppioidi endogeni, la serotonina, l'acido γ -amminobutirrico (GABA) ed il glutammato.

Nonostante in passato sia stato ritenuto che il trattamento fondamentale del DUA fosse rappresentato dall'intervento psico-sociale, attualmente l'approccio combinato con la farmacoterapia offre risultati più solidi ed efficaci.

Da qui l'opportunità di fornire sempre e comunque un intervento integrato multidimensionale, che prevede l'associazione di una terapia farmacologica e di un approccio psico-sociale.

Inoltre, il trattamento ideale dovrebbe avere effetti ansiolitici e sedativi e, oltre a ridurre rapidamente i sintomi, dovrebbe essere iniziato il prima possibile al fine di prevenire il rischio di ricaduta nell'abuso di alcol, rischio che permane soprattutto durante i primi mesi di trattamento.

Raccomandazioni

La SAA, ove diagnosticata, deve essere trattata immediatamente.

Dopo il superamento della AAA è possibile che si manifesti una APA che deve essere trattata con terapia farmacologica. Si raccomanda il trattamento multidisciplinare (farmacologico + psico-sociale) nella fase di mantenimento perché maggiormente efficace.

3.2. Farmaci per il trattamento dell'AAA

Il trattamento dell'AAA dipende dalla gravità della sindrome (misurabile con scala Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale-Ar, CIWA-Ar) e dalla presenza di eventuali complicanze come crisi epilettiche e delirium tremens, tachicardia, ipertensione cardiaca.

Sodio oxibato (SO)

Il Sodio Oxibato (SO) è il sale sodico dell'acido γ -idrossibutirrico (GHB), un acido a catena corta derivato dell'acido γ -amminobutirrico (GABA).

Tale sostanza, presente anche naturalmente nel cervello, esplica una duplice azione: sia sui recettori GHB che come agonista dei recettori GABA-B.

È registrato, commercializzato e largamente utilizzato in Italia da oltre 30 anni per il trattamento del DUA.

Il SO ad uso medicinale, viene proposto in soluzione ad uso orale in due presentazioni (flacone monodose da 10 ml e flacone da 140 ml) la cui concentrazione di principio attivo in entrambe è pari a 175 mg/ml.

L'indicazione terapeutica approvata da AIFA è la seguente: "coadiuvante nel controllo della sindrome astinenziale acuta da alcol etilico", mentre in Austria è anche approvato come coadiuvante nella disintossicazione a lungo termine.

Ha mostrato efficacia nel trattamento della sindrome d'astinenza acuta non complicata perché scevro dal rischio di accumulo e di eccessiva sedazione che possono comparire con l'uso di benzodiazepine (BDZ), le quali, in questi casi, rappresenterebbero un trattamento off-label.

Il SO garantisce la possibilità di una sospensione senza necessità di riduzione progressiva della posologia e senza rischio di sviluppare sindrome d'astinenza.

Infine, può essere utilizzato in caso di comparsa di Astinenza Protratta da Alcol (vedi cap. di riferimento).

Benzodiazepine

Le benzodiazepine sono modulatori allosterici positivi del recettore GABA A con azione ansiolitico ipnotico-sedativa e hanno dimostrato efficacia e sono raccomandate per il trattamento delle complicanze dell'AAA (convulsioni, delirium tremens).

Le benzodiazepine più utilizzate nella gestione della AAA sono clordiazepossido, diazepam, lorazepam e oxazepam.

In considerazione dell'aumentato rischio di sedazione eccessiva, disturbi della memoria e depressione respiratoria, occorre prestare particolare attenzione all'uso di benzodiazepine a lunga emivita nei pazienti anziani e in quelli con insufficienza epatica, preferendo benzodiazepine a breve emivita come l'oxazepam (15 mg, 1 o 2 volte al giorno

e, se necessario, aumentando con cautela fino a 15 mg in 3 o 4 somministrazioni giornaliere) e il lorazepam (1-2 mg, 1 o 2 volte al giorno, aggiustando poi la dose in base alla tollerabilità e alla risposta del paziente).

Inoltre, l'oxazepam e il lorazepam non subiscono ossidazione epatica con successiva formazione di metaboliti attivi.

Fenobarbital e altri farmaci

Il fenobarbital è un barbiturico raccomandato per il trattamento off-label dell'AAA in caso di resistenza o di controindicazione al trattamento con benzodiazepine.

Il fenobarbital ha un'azione farmacologica relativamente rapida e una durata dell'attività prolungata grazie alla sua lunga emivita.

Diversi studi hanno dimostrato una riduzione significativa dell'uso di benzodiazepine, del ricovero in terapia intensiva e della necessità di ventilazione meccanica, grazie all'uso di fenobarbital.

Le strategie di dosaggio ad oggi non sono univoche e molti clinici temono di indurre insufficienza respiratoria.

Altri agenti come $\alpha 2$ agonisti, β -bloccanti e neurolettici possono essere utilizzati in associazione nella AAA quando il trattamento con le benzodiazepine non risolve i sintomi specifici che persistono nel tempo come, ad esempio, i sintomi allucinatori.

Gli anticonvulsivanti possono essere utilizzati per la gestione delle crisi convulsive.

Raccomandazioni

Nel trattamento della AAA non complicata il SO è il trattamento d'elezione.

In caso di AAA severa complicata è indicato l'uso di BDZ.

Il trattamento con BDZ va interrotto dopo i primi 7-10 giorni di terapia.

Il trattamento con SO può essere utilizzato in caso di comparsa di Astinenza Protratta da Alcol.

In caso di controindicazione o resistenza al trattamento con BDZ è indicato trattamento con fenobarbital.

3.3. Il trattamento dell'APA

L'APA si manifesta dopo la fase acuta (in media della durata di 10-15 gg) e molti sintomi possono persistere per settimane e mesi.

Recenti evidenze scientifiche hanno dimostrato che clinicamente la SAA può presentare una fase protratta nel tempo (APA) con persistenza di sintomi che possono essere responsabili di una ricaduta nel consumo di alcol e che devono essere farmacologicamente trattati per prevenire tale eventualità.

I sintomi dell'APA comprendono: ansia, ostilità, irritabilità, depressione, instabilità dell'umore, fatigue, insonnia, difficoltà di concentrazione e di pensiero, ridotto interesse verso la sfera sessuale e disturbi somatici non riconducibili a specifiche cause (ad es, dolore fisico come riportato da diversi pazienti).

L'uso di agenti GABA agonisti e NMDA antagonisti rappresenta una strategia promettente nella gestione di questa condizione.

Tra gli antagonisti dei recettori NMDA è possibile utilizzare l'acamprosato, le cui caratteristiche verranno approfondite nella terapia di mantenimento, mentre non essendoci gabaergici on-label per il trattamento del DUA, tra le molecole con più evidenze scientifiche si segnalano il SO e il Gabapentin.

In diversi studi è stato osservato un trend di riduzione dei sintomi più rapido mediante il trattamento con farmaci ad azione GABAergica rispetto a quelli con azione non-GABAergica.

Se non sono presenti controindicazioni, è possibile applicare un approccio farmacologico che preveda l'associazione di antagonisti del sistema NMDA, come l'acamprosato, con farmaci GABA-agonisti nelle prime fasi della APA e continuamente per le successive settimane e mesi.

Sodio oxibato (SO)

Il SO lega i recettori del GABA mimando l'azione dell'alcol a livello centrale ed è considerato un trattamento efficace e sicuro per la terapia della dipendenza da alcol, della sindrome di astinenza e per la prevenzione delle ricadute, per incrementare il numero di giorni di astinenza, diminuire gli heavy-drinking days e ridurre il craving.

In particolare recenti studi hanno evidenziato che la sua efficacia a 3-6 mesi è presente solo nella popolazione di pazienti che presenta un consumo alcolico elevato (> 60 gr/die per la donna e > 100 unità/ alcoliche nell'uomo) e che non riescono a raggiungere autonomamente l'astensione.

Il suo utilizzo nell'APA è stato preso in considerazione per il controllo dei sintomi specifici di questa condizione come, ad esempio, ansia, irritabilità, instabilità dell'umore, insonnia, craving, che permangono in seguito alla risoluzione della sindrome d'astinenza acuta.

Il SO viene somministrato in 3-6 somministrazioni quotidiane per raggiungere un dosaggio di 50-100 mg/ kg/die.

Di norma si utilizzano le 3-4 somministrazioni quotidiane ma, per una maggiore copertura terapeutica, in ragione della sua breve emivita e del fatto che non si accumula nell'organismo, la dose giornaliera può essere frazionata in più somministrazioni, fino ad un massimo di sei somministrazioni giornaliere di stanziate di 4 ore tra di loro.

È inoltre necessario sottolineare che la stessa AIFA ha recentemente approvato un materiale educativo ad uso della classe medica in cui si evidenzia l'opportunità di un suo utilizzo anche per cicli ripetuti per un adeguato controllo dei sintomi astinenziali protratti.

In questo senso il SO può essere iniziato per il trattamento della AAA e può essere proseguito come trattamento dell'APA per i primi 3-6 mesi dalla sospensione dei consumi alcolici, senza necessità di modificare la terapia.

Le preoccupazioni relative all'uso del Sodio Oxibato sono principalmente dovute al potenziale rischio di sviluppare craving e abuso del farmaco stesso.

Tuttavia, i dati provenienti dagli studi clinici e dalla farmacovigilanza hanno mostrato che l'appetizione per il farmaco si verifica solo nel 5-10 % dei pazienti e i casi di abuso/dipendenza sono nell'ordine dello 0.1 %.

In particolare, è stato osservato che alcuni pazienti predisposti, tra cui coloro che sono affetti da dipendenza da più sostanze e i pazienti con disturbo borderline di personalità

o disturbo bipolare, sono maggiormente proni allo sviluppo di craving e abuso di Sodio Oxibato.

In ragione di questo è necessario verificare, dopo le prime somministrazioni, la presenza o meno di appetizione per il farmaco per valutare sia la durata dell'affido del farmaco stesso che l'eventuale necessità di individuare un caregiver che supporti il paziente nella gestione a domicilio della terapia.

Acamprosato

Vedi indicazioni in terapia di mantenimento.

Raccomandazioni

Dopo il superamento della AAA è importante considerare il possibile sviluppo di APA.

In caso di APA è opportuno eseguire un trattamento farmacologico.

Tra i farmaci antiglutammatergici e gabaergici, che hanno un razionale per il trattamento dell'APA, è possibile utilizzare l'acamprosato e il SO e, quest'ultimo, può essere utilizzato in continuità con il trattamento della AAA.

L'utilizzo del SO richiede una valutazione accurata in caso di anamnesi positiva per Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e/o farmaci, nonché in caso di comorbilità psichiatrica.

In questi casi, va considerata l'utilità della presenza di un caregiver, almeno nella prima fase del trattamento, per permettere una somministrazione controllata del SO.

3.4. Trattamento farmacologico on-label per il mantenimento dell'astensione/riduzione dei consumi

Naltrexone (NTX)

Il NTX è un antagonista dei recettori degli oppioidi, in grado di ridurre il senso di gratificazione legato all'assunzione di alcol.

La sua efficacia è rappresentata dalla riduzione del numero dei giorni di consumo eccessivo di alcol e dalla riduzione del numero totale di Unità Alcoliche (UA) assunte in una singola circostanza, mentre è risultato meno efficace nel garantire la completa astensione.

L'efficacia è aumentata se il farmaco viene associato ad un trattamento psicoterapeutico e nel caso in cui sia prevalente un reward craving.

Il trattamento può iniziare con dosaggio di 25 mg per tre giorni per poi passare a 50 mg die.

La dose può essere aumentata fino a 100 o a 150 mg.

È ovviamente controindicato in pazienti che utilizzano oppioidi a scopo terapeutico per il trattamento del dolore o come terapia agonista per un Disturbo da Uso di Oppiacei.

Acamprosato (ACP)

L'azione neuromodulatrice sui recettori glutammatergici NMDA è alla base dell'efficacia di questo farmaco.

Viene utilizzato sia per il mantenimento di una condizione di astinenza attraverso la riduzione del craving (in parti-

colare il relief craving) sia per permettere il superamento dell'APA riducendo l'ipereccitabilità nel sistema nervoso centrale.

Si è dimostrato efficace nel ridurre il craving e nell'aumentare i tassi di astinenza in pazienti alcolodipendenti dopo disintossicazione.

In uno studio preliminare, l'acamprosato si è dimostrato efficace anche nella APA.

È un farmaco ben tollerato, maneggevole e con un valido livello di sicurezza.

L'ACP deve essere somministrato alla dose di 666 mg tre volte al giorno, con riduzioni del dosaggio in pazienti al di sotto dei 60 kg di peso corporeo ed in caso di ipofunzionalità/insufficienza renale essendo questa la sua via di eliminazione.

Può essere usato nei pazienti epatopatici in quanto prevale la sua escrezione a livello renale, ma non ha evidenze di efficacia in pazienti con cirrosi epatica.

Nalmefene (NMF)

È un antagonista dei recettori oppioidi μ e δ e agonista parziale dei recettori κ .

Attraverso una modulazione del sistema oppioide, riduce gli effetti reward dell'alcol, determinandone una conseguente riduzione del consumo.

La dose massima giornaliera è di 18 mg al giorno ed è un farmaco da assumere "al bisogno", in pazienti con livelli di consumo ad elevato rischio.

Deve essere assunto, se possibile, 1-2 ore prima dell'orario previsto per il consumo di alcol.

Come per il NTX, non deve essere somministrato nei pazienti in terapia con farmaci oppioidi a scopo antalgico nell'ambito di un disturbo da uso di oppiacei.

Disulfiram (DSF)

È un farmaco avversivante che inibisce la conversione dell'acetaldeide in acido acetico attraverso il blocco dell'enzima aldeide-deidrogenasi, con conseguente accumulo di acetaldeide.

Nel momento in cui si assume questo farmaco e contemporaneamente anche bevande alcoliche, gli elevati livelli di acetaldeide che ne conseguono provocano reazioni avverse caratterizzate da eritemi cutanei, soprattutto del volto, nausea, vomito, tachicardia, ipotensione fino al collasso cardiovascolare.

Per le ragioni di cui sopra, i pazienti che devono essere sottoposti a trattamento con DSF devono essere astinenti da alcol da 24-48 h (o avere alcol test pari a 0.0) prima dell'inizio della terapia ed adeguatamente informati previo consenso.

È controindicato in pazienti con grave compromissione epatica, malattie cardiache, psicosi o deficit cognitivo e in caso di gravidanza.

La somministrazione prevede un dosaggio variabile da 200 a 400 mg al giorno e il trattamento è risultato efficace nel mantenere la completa astensione quando l'assunzione avviene sotto supervisione sanitaria o di un caregiver.

3.5. Trattamento farmacologico off-label per il mantenimento dell'astensione/riduzione dei consumi

Baclofene (BCF)

Il baclofene ha un'attività agonista sui recettori GABA B, è approvato in Francia per il trattamento del DUA ed è efficace nel ridurre il craving e nel diminuire gli heavy-drinking days.

Viene somministrato al dosaggio medio di 30-90 mg/die partendo da dosaggi di 15-30 mg/die e poi incrementando il dosaggio in base alla necessità del paziente e alla tollerabilità al farmaco.

È controindicato in pazienti DUO, in donne in gravidanza o in caso di ipofunzionalità/insufficienza renale essendo questa la sua via di eliminazione.

Da utilizzare con precauzione in pazienti con storia di tentato suicidio o crisi epilettiche, essendo questi i due effetti collaterali più gravi segnalati, anche se si sono manifestati solo a dosi superiori a quelle terapeutiche.

È l'unico farmaco sperimentato, ad oggi, in pazienti con cirrosi epatica, evidenziando una buona efficacia e tollerabilità, tanto che la European Association for the Study of the Liver (EASL) lo ha indicato come farmaco di elezione per il trattamento del DUA nei pazienti cirrotici.

Gabapentin

Il suo meccanismo d'azione è mediato dai canali del calcio voltaggio-dipendenti e presenta anche una azione pro-gabaergica specifica.

Promuove l'astinenza, favorisce la prevenzione delle ricadute, tende a normalizzare sintomi disforici e a regolarizzare il ritmo sonno-veglia.

Da tenere in considerazione in alternativa al SO, se si ritiene opportuno un trattamento della APA con gabaergico in quanto presenta alcuni studi a supporto.

Il suo dosaggio terapeutico varia da 300 a 1.200 mg/die ed è controindicato in caso di ipofunzionalità/insufficienza renale essendo questa la sua via di eliminazione.

Pregabalin

Ha una struttura chimica ed un'efficacia clinica sovrapponibili al gabapentin.

Utile in soggetti con DUA associato a temperamento ipertensivo/ciclotimico.

Può essere prescritto a un dosaggio iniziale di 150 mg/die, per poi aumentare nel tempo fino a 300 mg/die.

A dosaggi superiori a 450 mg/die il pregabalin può determinare dei potenziali comportamenti di abuso.

Topiramato

Il meccanismo di azione si esplica attraverso un aumento dell'attività inibitoria dei recettori GABA A, con un effetto antagonista sui recettori del glutammato e con modulazione dei canali ionici.

Ha dimostrato efficacia nel ridurre il craving per l'alcol a dosaggi fino a 200 mg/die.

È necessario iniziare con dosaggio di 25 mg x 2 e poi incrementare progressivamente a causa della possibile comparsa di effetti collaterali quali disturbi visivi e anoressia.

Ondansetron

L'ondansetron è un antagonista 5-HT₃ utilizzato per trattare nausea e vomito.

Sebbene il meccanismo d'azione specifico sia ancora in fase di studio, l'ondansetron può risolvere la disfunzione serotoninergica comune nel DUA a esordio precoce e può ridurre il desiderio di alcol tramite proiezioni 5-HT₃ alle connessioni dopaminergiche nel mesencefalo.

In studi preclinici è stato dimostrato che l'antagonismo 5-HT₃ blocca l'acquisizione e il mantenimento dell'auto-somministrazione di etanolo e riduce la concentrazione di dopamina associata all'etanolo nel nucleo accumbens.

Clinicamente, l'ondansetron si è dimostrato particolarmente efficace in combinazione con il naltrexone.

Sodio oxibato

Vedi indicazioni in terapia dell'APA.

Raccomandazioni

Il NMF è indicato "al bisogno" per la riduzione dei consumi alcolici in pazienti con livelli di consumo ad elevato rischio.

Il NTX è indicato per favorire l'astinenza e ridurre il consumo di alcolici durante le fasi iniziali della cura.

L'ACP è indicato per la prevenzione delle ricadute nei pazienti che hanno già raggiunto l'astensione.

Il DSF è indicato nei pazienti che necessitano di un controllo farmacologico avversivante.

Il BCF, seppur off-label, trova applicazione nel mantenimento dell'astinenza nei pazienti con grave compromissione epatica.

Si può valutare l'utilizzo di farmaci off-label solo in caso di inefficacia dei trattamenti on-label.

3.6. Interazioni e associazioni farmacologiche

I pazienti affetti da DUA possono essere in terapia con diversi trattamenti farmacologici concomitanti che comprendono varie classi di farmaci tra cui antipertensivi, diuretici, antibiotici, antivirali, ipolipemizzanti, per cui occorre prestare attenzione alle possibili interazioni farmacologiche.

Si raccomanda cautela in caso di assunzione concomitante di benzodiazepine con agenti che presentano effetti additivi, depressivi e sedativi verso i recettori GABA-A, come oppioidi, antidepressivi, anticonvulsivanti, antistaminici e neurolettici.

L'assunzione concomitante di benzodiazepine e oppioidi può indurre cross-tolleranza peggiorando la dipendenza.

Anche il SO richiede particolare attenzione in caso di somministrazione con altri agenti che agiscono sul sistema nervoso centrale.

Questo farmaco, infatti, agisce da inibitore dell'attività neuronale e ha un effetto sinergico con le benzodiazepine, la cui somministrazione aumenta la sonnolenza.

Tra i farmaci per il mantenimento, il più maneggevole in termini di interazioni farmacologiche è l'ACP mentre va posta attenzione particolare al DSF soprattutto con la assunzione concomitante di farmaci in soluzione alcolica che possono esacerbare la sindrome da intossicazione da acetaldeide. L'associazione farmacologica di BDZ e SO per il trattamento della AAA è molto diffusa anche se non ci sono studi clinici che ne evidenzino efficacia e rischi.

Il razionale è quello di associare un farmaco che agisce come anticraving con un farmaco che copre maggiormente alcuni sintomi astinenziali gravi.

Ulteriori studi clinici sono necessari per avere un'indicazione più dettagliata.

Le associazioni farmacologiche tra i principali farmaci che vengono usati per il trattamento del DUA e del mantenimento dell'astensione (NTX, ACP, SO, DSF) sono risultate tutte mediamente ben tollerate ed efficaci.

Raccomandazioni

Prima di iniziare un trattamento per il DUA è opportuno verificare le interazioni farmacologiche con la terapia in atto.

Nel trattamento del DUA va presa in considerazione la possibilità di associare più farmaci.

3.7. Personalizzazione del trattamento

La presenza di farmaci con meccanismi d'azione differenti, con evidenze di efficacia sui differenti endpoint del DUA differenti e con efficacia maggiore su popolazioni specifiche di pazienti con DUA, rende necessario un approccio alla scelta del farmaco basato sulla personalizzazione.

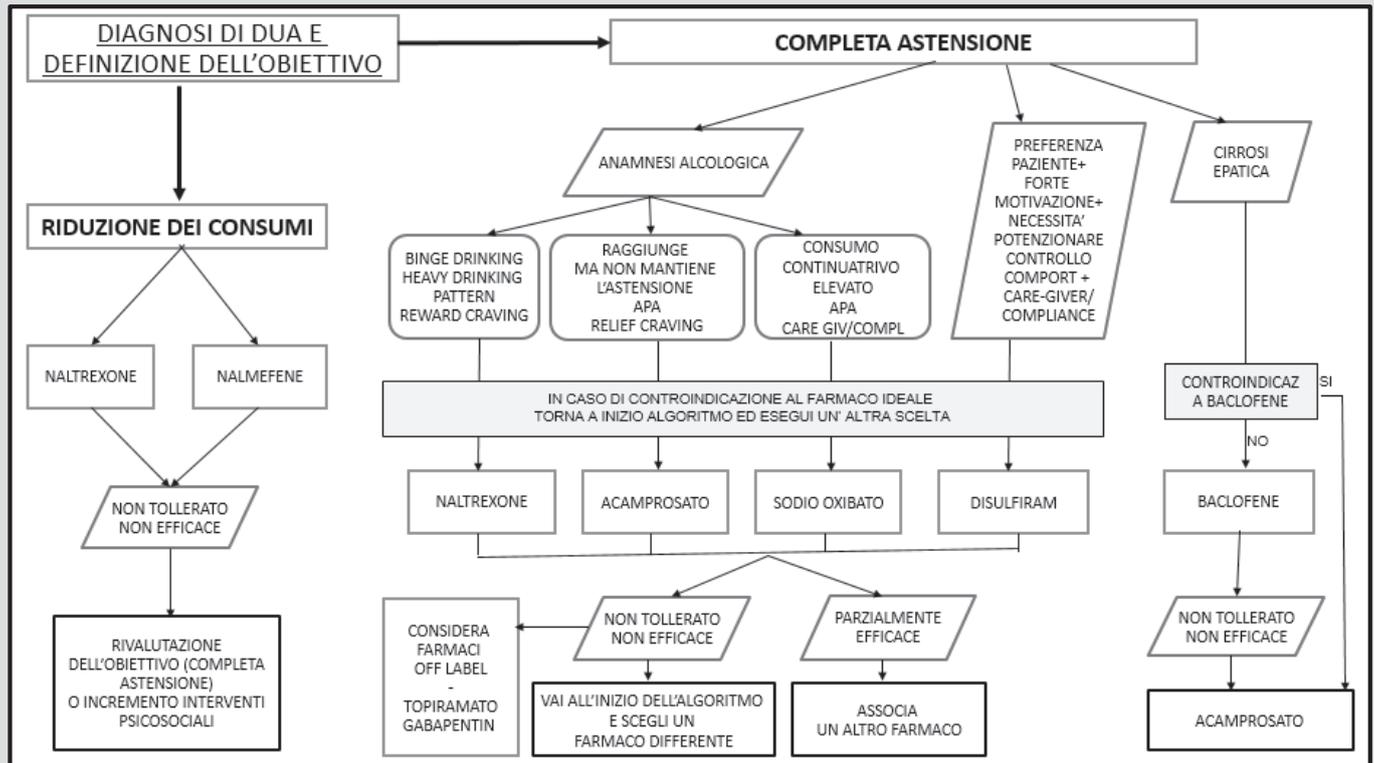
Questo tipo di approccio si contrappone alla definizione di farmaci di prima/seconda/terza linea, approccio che avrebbe una logica solo se esistessero farmaci nettamente più efficaci di altri ed efficaci indistintamente sulle varie popolazioni di pazienti con DUA.

Tenendo presente quanto esposto nei paragrafi precedenti, le variabili da tenere presente nella personalizzazione della terapia sono: l'obiettivo concordato con il paziente (riduzione dei consumi o completa astensione); l'anamnesi alcolica (presenza o meno di AAA alla sospensione dei consumi alcolici con possibile APA in seguito; capacità o meno di raggiungere l'astensione per alcuni giorni autonomamente; presenza di un pattern di consumo continuativo o di binge drinking/heavy drinking days) il profilo motivazionale del paziente e la tipologia di craving; la presenza o meno di un caregiver e/o la buona compliance del paziente; la presenza di comorbilità internistiche, tossicologiche e psichiatriche, principalmente per escludere delle controindicazioni. Un algoritmo di base che permette di avere un orientamento sulla scelta del farmaco è stato proposto dalla Società Italiana di Alcolologia e deve essere considerato come punto di partenza da integrare con tutti gli elementi clinici raccolti dall'équipe multidisciplinare (Figura 1).

Raccomandazioni

La scelta del farmaco per il mantenimento necessita di una personalizzazione sulla base delle caratteristiche del paziente.

Fig. 1 - Algoritmo diagnostico terapeutico del Disturbo da uso di alcol. Adattato da: Vignoli, Caputo et al., *Nutrimentum et Curae*, 2024



Appendice

Gestione dell'Intossicazione Acuta da Alcol nell'adulto (IAA)

Nel caso di IAA, in genere non sono necessari farmaci specifici, ma le funzioni vitali devono essere monitorate, i liquidi somministrati in caso di disidratazione e il paziente tenuto sotto osservazione per l'insorgenza di sintomi di astinenza da alcol.

Nel caso di IAA grave con coma, è importante supportare la ventilazione meccanicamente, identificare eventuali cause aggiuntive di coma e, se necessario, correggere l'ipoglicemia con soluzione di glucosio al 5%, lo squilibrio idroelettrolitico e l'equilibrio acido-base, somministrare integratori di vitamina B e vitamina C, eseguire un lavaggio gastrointestinale e somministrare carbone attivo eventualmente su indicazione del Centro Antiveneni.

In caso di uso contemporaneo di altri farmaci sedativi, devono essere somministrati antidoti specifici: naloxone (0,4 mg e.v. o i.m. ripetuti, se necessario) per l'uso di oppioidi e flumazenil (0,2 mg, ripetuti, se necessario) per l'uso di benzodiazepine.

La somministrazione di farmaci (metadoxina 900 mg e.v.) che riducono le concentrazioni di alcol e acetaldeide nel sangue porta a una più rapida risoluzione dei sintomi.

Gestione dell'Intossicazione Acuta da Alcol negli adolescenti

Gli adolescenti di solito non mostrano tolleranza agli effetti sviluppati dall'esposizione ripetuta all'etanolo e hanno una parziale attività dell'alcol deidrogenasi epatica, quindi possono essere più esposti all'effetto tossico dell'alcol e di conseguenza alla rapida insorgenza del coma.

La dose letale di alcol varia ampiamente tra bambini e adolescenti come tra adulti e non è possibile trarre conclusioni definitive sulla concentrazione ematica di alcol letale per neonati e adolescenti. L'ipoglicemia e l'ipotermia indotte da IAA tendono a essere più gravi nei giovani che negli adulti; quindi, la gestione dell'IAA per tutti gli adolescenti dovrebbe essere focalizzata sulla rapida correzione di ipoglicemia, ipotermia e irrequietezza.

Per grave irrequietezza, dovrebbero essere somministrati antipsicotici tipici (come l'aloiperidolo), a causa di una minore possibilità di interazione con l'alcol.

L'accesso venoso è necessario per garantire la somministrazione di liquidi.

Finora, non sono stati condotti studi sull'uso di metadoxina per il miglioramento dei sintomi dell'IAA nella popolazione pediatrica.

L'organizzazione di un Servizio per la gestione del Disturbo da Uso di Alcol.

L'esperienza del PAI - Programma Alcolologico Intensivo nel Ser.D. di Pozzuoli

Maria Calvanese*, Vincenzo Lamartora**

Introduzione

I dati 2024 forniti dall'Istituto Superiore di Sanità sul consumo di alcol in Italia riportano che nel 2022 circa 8 milioni di italiani di età superiore a 11 anni (pari al 21,2% degli uomini e al 9,1% delle donne) hanno bevuto quantità di alcol tali da esporre la propria salute a rischio.

Tre milioni e 700 mila persone hanno bevuto per ubriacarsi e 770.000 sono stati i consumatori dannosi, coloro cioè che hanno consumato alcol provocando un danno alla loro salute, a livello fisico o mentale¹.

Dei 36 milioni di consumatori di alcol in Italia, pari al 77,4% dei maschi e al 57,5% delle femmine - dieci milioni e duecentomila italiani sopra i 18 anni hanno bevuto alcol quotidianamente.

Tra i consumatori a rischio, preoccupano soprattutto i giovani (circa 1.310.000 tra gli 11 e 24 anni, di cui 650.000 minorenni) e le donne (circa 2,5 milioni, con il 15,5% di consumatrici a rischio tra le minorenni 11-17enni)².

I dati del Rapporto ISTISAN 24/3 evidenziano che in Campania i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 78,3% dei maschi, il 54,1% delle femmine, queste ultime aumentate del 11,5% rispetto al 2021 sebbene il valore sia inferiore alla media nazionale.

Per entrambi i sessi, sono aumentate rispetto al 2021 le prevalenze dei consumatori di tutte le bevande (Vino: M +7,9%; F +20,1%; Birra: M +8,5%; F 16,0%; Aperitivi alcolici M +22,7%; F +37,8%; Amari: M +11,5%; F +30,0%; Superalcolici M +21,5%; F +39,7%) ed è superiore alla media italiana la prevalenza dei consumatori di amari³.

Le schede di rilevazione S.I.S. elaborate dal Dipartimento delle Dipendenze Patologiche dell'ASL Napoli 2 Nord mostrano, in accordo con i dati nazionali e regionali, per il 2024 un incremento degli utenti totali con DUA in carico a tutti i Ser.D. dell'ASL Napoli 2 Nord da 377 a 413 e un aumento da 99 a 133 nella sola U.O.C. Ser.D. Pozzuoli-Ischia, rispetto ai dati del 2023.

* *Dirigente medico psichiatra, Dipartimento Dipendenze Patologiche Asl Napoli 2 Nord, U.O.C. Ser.D. Pozzuoli.*

** *Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche Asl Napoli 2 Nord.*

In questo scenario si inserisce l'esperienza clinica del Programma Alcolologico Intensivo del Dipartimento Dipendenze Patologiche dell'Asl Napoli 2 Nord, che prevede, presso l'U.O.C. Ser.D. di Pozzuoli, la presa in carico e il trattamento del paziente alcolista da parte di un'équipe multidisciplinare dedicata.

Metodo e descrizione del programma

Il Programma Alcolologico Intensivo – PAI – è un programma dedicato al trattamento integrato degli utenti affetti da abuso/dipendenza da alcol anche associato ad abuso/dipendenza da cocaina e/o altre sostanze e Disturbo da Gioco d'Azzardo.

È stato istituito nel 2018 dal Dipartimento Dipendenze Patologiche con Delibera aziendale n. 1411/2019.

Il PAI è anche descritto come una delle prestazioni assistenziali comprese nel "PDTA Alcol", anch'esso assunto dalla Azienda ASL Napoli 2 Nord con delibera n. 809/2019 e successive.

Il PAI quindi è uno dei trattamenti previsti nel «programma terapeutico individualizzato» – PTI – che scaturisce dalla valutazione multidisciplinare dell'utente che si rivolge al Ser.D. di Pozzuoli per Disturbo da Uso di Alcol (DUA).

Il programma e il setting «dedicato» al DUA presentano alcune caratteristiche peculiari nell'organizzazione e nel tipo di presa in carico dell'utente.

L'équipe dedicata è necessariamente un'équipe multidisciplinare, attualmente formata da una psichiatra, due infermiere, un assistente sociale, una psicologa e un'educatrice professionale.

L'équipe svolge un lavoro integrato con le équipe di altre articolazioni aziendali sia ospedaliere che ambulatoriali, sia pubbliche che private, tra cui principalmente: la Gastroenterologia (per la prevenzione e cura delle complicanze esofagee, gastriche, intestinali, epatiche, pancreatiche della dipendenza da alcol) e/o la Medicina Interna dell'ambulatorio di Epatologia dell'Azienda Sanitaria; la Neurologia (per le complicanze neuropatiche periferiche, cerebrovascolari o degenerative a livello centrale); la Psichiatria (per le conseguenze comportamentali e psichiche dell'abuso di alcol, oppure per le patologie psichiatriche pregresse o conseguenti all'abuso di alcol che vengono

intercettate dai nostri specialisti e che richiedono una presa in carico congiunta); il Centro Crisi (un modulo breve intensivo residenziale, che dura massimo 4 settimane) per la disintossicazione in ambiente protetto dell'utente alcolista impossibilitato a svolgere il PAI; la Comunità terapeutica residenziale (durata media 6-12 mesi) per la necessità di curare o riabilitare in modo residenziale gli utenti alcolisti che per le loro patologie associate o per la loro condizione familiare e sociale non possono essere gestiti a domicilio; l'Ospedale o la Casa di Cura convenzionata per la gestione degli aspetti internistici che non possono essere curati a domicilio e che costituiscono un prerequisito per l'ingresso nel PAI oppure uno step successivo al PAI; un programma di Educativa Territoriale (offerto da una Cooperativa del Privato Sociale dalla quale la ASL ha acquistato il Servizio, che si incarica di accompagnare sul territorio, per diverse ore la settimana, l'utente alcolista che abbia bisogno di svolgere quelle attività per le quali non è ancora sufficientemente capace o autonomo, quali ad esempio: visite mediche e relative prenotazioni, cura della casa, certificati, iscrizioni, gestione della terapia farmacologica e/o sostitutiva e controlli clinici presso il Ser.D., ecc.); le attività psico-educative a carattere riabilitativo che il Ser.D. di Pozzuoli ha avviato a dicembre 2024 attraverso la convenzione con un'ulteriore cooperativa del privato sociale attiva sul territorio, per offrire gruppi di gioco e socializzazione, oltre che un ulteriore gruppo di supporto per i familiari in orario pomeridiano, ad integrazione e completamento delle attività terapeutico-riabilitative istituzionali svolte dal Ser.D.

Il PAI è stato creato come un setting gruppale, poiché la letteratura internazionale e le best practices evidenziano come l'organizzazione più efficace per gli alcolisti sia quella gruppale.

Tale setting, infatti, riflette l'organizzazione mentale, tipicamente gruppale, dell'utente alcolista poiché rappresenta una *buona famiglia interna* in cui ricollocarsi, con un ruolo diverso da quello del paziente «designato», permette una circolazione «distribuita» delle emozioni e delle rappresentazioni, diventando meno impattante e «traumatica» del setting duale.

Il gruppo psicoterapeutico permette l'ingresso nel setting di cura di soggetti *terzi* come i familiari e gli operatori delle associazioni di mutuo auto aiuto del territorio (Alcolisti Anonimi, Al-Anon, CAT), permette l'integrazione di moduli terapeutici, educativi o esperienziali che altri setting, come quello duale o familiare, non permetterebbero, pensiamo alle esperienze di psicoeducazione, di counselling, di educazione alla salute, di ginnastica, di uscite di gruppo sul territorio, ecc.

Il Programma Alcolologico Intensivo è un programma in cui l'integrazione avviene su diversi ambiti, quali quello farmacologico, psicoterapico, socio-riabilitativo e psico-educativo.

I trattamenti farmacologici sono stati formulati sulla base di linee guida condivise da Autori⁴ come G. Ad-

dolorato e F. Caputo e rivisitati in funzione delle linee guida recepite dal Sistema Nazionale delle Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità a novembre 2024⁵.

Nell'intraprendere il trattamento con l'utente alcolista noi abbiamo adottato una «procedura dipartimentale per il trattamento farmacologico ambulatoriale dei disordini da uso di alcol» (prot. 0050173/I del 22/12/2022). Questa procedura contiene le linee guida per la scelta dei farmaci in ognuna delle sindromi da intossicazione o astinenza alcolica, che spesso prevedono una associazione fra trattamenti infusivi parenterali (sol. elettrolitica da 500 ml + S-adenosil-metionina + vitamine e coenzimi gruppo B + più Glutazione ridotto + eventuale uso di BDZ, a seconda del punteggio riportato alla scala Ciwa-Ar) e farmaci quali il Sodio Oxibato, il Disulfiram, l'Acamprosato, il Depakin, il Sereprile o altri, secondo gli schemi standard italiani.

Nell'ambito delle prassi consolidate del PAI, in accordo con quanto ribadito nelle linee guida italiane, l'uso del Sodio Oxibato assume un ruolo di primo approccio nel trattamento della Sindrome astinenziale acuta da alcol etilico, nonché nel mantenimento dell'astinenza a medio e lungo termine e del craving per alcol.

Al primo accesso dell'utente alcolista all'ambulatorio di alcologia, vengono illustrate le possibilità terapeutiche e farmacologiche per il trattamento del DUA e si informa l'utente circa il riconoscimento degli eventuali sintomi astinenziali che possono insorgere nei giorni successivi alla sospensione dell'utilizzo di alcol.

Per il trattamento e la prevenzione delle complicanze legate all'astinenza alcolica si propone all'assistito il trattamento alcol-mimetico con Sodio Oxibato, invitandolo a recarsi presso il nostro Servizio 24 h dopo la prima astensione per la valutazione clinica e l'inizio del trattamento farmacologico.

Si procede al mattino seguente, dopo la rilevazione degli eventuali sintomi e segni clinici di astinenza, alla somministrazione di Sodio Oxibato (1 flaconcino da 10 ml), mentre l'utente resta in osservazione per circa 30 minuti.

In questo intervallo si osserva la lenta risoluzione dell'ansia, dell'irrequietezza e dell'angoscia legati all'astinenza, nonché del craving.

Nella nostra esperienza raramente vengono riportati effetti indesiderati dopo la prima assunzione di Sodio Oxibato sciroppo, se non un lieve capogiro che si risolve spontaneamente nel giro di pochi minuti.

Alla dimissione il paziente viene istruito sull'assunzione successiva del farmaco che, come previsto dalle linee guida, sarà in totale di 40 ml, in dosi da 10 ml (1 flaconcino) con intervallo di almeno 4 ore tra una dose e l'altra.

Il trattamento PAI prevede accesso quotidiano all'ambulatorio di alcologia, dal lunedì al venerdì, alle 8:30, per quattro settimane.

Gli utenti vengono accolti dall'infermiera dedicata e dal medico e iniziano l'infusione parenterale. L'ambiente

è reso rilassante e accogliente per permettere agli assistiti di condividere le proprie difficoltà nella gestione del DUA e raccontare esperienze e percorsi di vita, accompagnati dal sottofondo musicale e dai programmi di “Cultradio”, la webradio del Ser.D che propone un palinsesto di poesia, musica, dibattiti e riflessioni sulle addiction.

Dopo l’infusione, gli utenti effettuano un colloquio con la psichiatra che si occupa del DUA, per la valutazione della terapia alcol mimetica o psichiatrica di supporto; molto spesso, infatti gli utenti alcolisti presentano insonnia, irrequietezza, sintomatologia ansiosa e depressiva legata all’abuso di alcol e/o alla sindrome astinenziale alcolica che viene trattata con antidepressivi e stabilizzanti dell’umore in associazione ai trattamenti specifici per l’alcol-dipendenza e l’astinenza alcolica, quali Sodio Oxibato e acamprosato.

Nel corso dei 28 giorni dedicati al PAI si crea il primo nucleo del futuro gruppo terapeutico, che rappresenta una delle possibili prosecuzioni del programma individuale formulato per l’utente, in alternativa al percorso di psicoterapia individuale oppure all’introduzione nei gruppi psicoeducativi del pomeriggio, o ancora nei gruppi di supporto familiare.

Attraverso il Ser.D., inoltre, avviene la facilitazione ai contatti con i gruppi A.A. territoriali o con altre associazioni del privato sociale attive sul territorio, secondo preferenze e disponibilità degli utenti stessi.

Conclusioni

Data la complessità del disturbo da uso di alcol, in riferimento alle complicanze internistiche e psichiatriche ad esso largamente associate, la difficoltà di utenti isolati socialmente ad accedere ai Servizi di cura, nonché ad esplicare molte delle attività della vita quotidiana, il PAI rappresenta un programma di primo approccio per la presa in carico dell’utente alcolista.

Esso, infatti, diventa uno strumento sia del terapeuta che dell’assistito, per accedere ai Servizi ad esso associa-

ti, come i Servizi Sociali dei Comuni di appartenenza, il Dipartimento di Salute Mentale, il Centro Epatologico e di eradicazione dell’HCV, i Medici di Medicina Generale, che spesso ignorano le problematiche di addiction dei propri pazienti.

Il PAI diventa anche un punto di riferimento per i familiari che ricevono supporto e psicoeducazione quando accompagnano i propri cari.

La rete di scambio e supporto tra Servizi, che si crea attraverso l’accesso quotidiano al PAI consente una maggiore adesione degli assistiti ai trattamenti, una più prolungata ritenzione in trattamento e un maggior numero di mesi di astinenza dall’alcol, come osserviamo nella pratica clinica quotidiana tra coloro che hanno avuto accesso al PAI e al trattamento alcol-mimetico e poi proseguono il percorso con i gruppi psicoterapeutici e psicoeducativi a frequenza settimanale, rispetto agli assistiti che rifiutano il Programma Alcolologico Intensivo a favore dei soli LEA farmacologici.

Note

1. <https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd24>.
2. <https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd24>.
3. Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni Valutazione dell’Osservatorio Nazionale Alcol sull’impatto del consumo di alcol ai fini dell’implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Piano Nazionale della Prevenzione Rapporto 2024 Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Valerio Manno, Monica Vichi e il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) Centro Nazionale Dipendenze e Doping. *Rapporti ISTISAN*, 24/3.
4. Addolorato G., Caputo F., *Alcologia» della Società Italiana di Alcologia*, 52.
5. Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida Roma, 20 novembre 2024 CRARL Centro di Riferimento Alcolologico Regione Lazio, Dipartimento Salute Mentale ASL ROMA 1 in Collaborazione con Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale – Regione Lazio ASL ROMA 1.

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



® 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

In viaggio con i libri: un intervento pilota di laboratorio di biblioterapia per pazienti con disturbo da uso di alcol in remissione

Barbara Muzzatti*, Monica Vanzella*, Marco Dalla Valle**, Elisa Simoncioni*

RIASSUNTO

■ *I problemi alcol-correlati, di cui il disturbo da uso di alcol (DUA) è la manifestazione clinica conclamata, sono una classe eterogenea di problemi con eziologia e genesi multi-fattoriali che beneficiano di interventi preventivi e terapeutico-riabilitativi diversificati. La biblioterapia è un intervento supportivo che propone al paziente materiale di lettura accuratamente selezionato; viene impiegato in diversi setting clinici e non, e sembra applicabile anche ai contesti alcologici.*

Nel presente contributo, si è descritto un breve intervento (un laboratorio articolato in 4 incontri) biblioterapico, offerto a otto pazienti con un DUA in remissione. L'intento era quello di avvicinare/riavvicinare i partecipanti ad un'attività diversionale non stigmatizzante, permettere l'esercizio di life e social skills, incrementare la conoscenza di sé.

La partecipazione è stata elevata. Il laboratorio è stato valutato come molto utile e molto piacevole. Per tutti i partecipanti, il laboratorio è stato un'occasione di crescita personale nei termini sia dell'esercizio di competenze, sia di riflessione e confronto. Oltre il 70% del campione ha riferito che, a seguito del laboratorio, il proprio rapporto con la lettura sarebbe cambiato, mentre il 100% ha dichiarato di aver appreso qualcosa di nuovo sulla lettura.

In conclusione, l'intervento biblioterapico proposto si è rivelato fattibile e accettabile; è risultato gradito e si è dimostrato offrire spunti di empowerment personale, occasione di esercizio di social e life skill nonché ha fatto esperire la lettura come un'attività praticabile e di valore. ■

Parole chiave: *Adulti, Alcolismo, Biblioterapia, Disturbo da uso di alcol, Riabilitazione psico-sociale.*

SUMMARY

Traveling with books: A pilot bibliotherapy laboratory intervention for patients with Alcohol Use Disorder in remission

■ *Alcohol-related problems, with Alcohol Use Disorder (AUD) as their most evident clinical manifestation, represent a heterogeneous class of issues with multifactorial etiology and genesis. These conditions benefit from a variety of preventive, therapeutic, and rehabilitative interventions. Bibliotherapy is a supportive intervention that provides patients with carefully selected reading materials. It is used in various clinical and non-clinical settings and appears to be applicable to alcohol-related treatment contexts as well.*

This study describes a brief bibliotherapy-based intervention, structured as a four-session laboratory, offered to eight patients with AUD in remission. The aim was to introduce or reintroduce participants to a non-stigmatizing diversional activity, facilitate the practice of life and social skills, and enhance self-awareness.

Participation was high, and the laboratory was rated as highly useful and enjoyable. All participants reported that the experience was an opportunity for personal growth, both in terms of skill development and self-reflection. Over 70% of the sample indicated that their relationship with reading had changed as a result of the intervention, while 100% stated they had learned something new about reading.

In conclusion, the proposed bibliotherapy intervention proved to be feasible and well-accepted. It was perceived as engaging and provided opportunities for personal empowerment, social and life skills development, and an appreciation of reading as a valuable and accessible activity. ■

Keywords: *Adults, Alcoholism, Alcohol use disorder, Bibliotherapy, Psycho-social rehabilitation.*

Articolo sottomesso: 25/03/2025, accettato: 12/06/2025

* SSD Alcologia, Azienda Sanitaria Friuli Occidentale.

** Università degli Studi di Verona.

Introduzione

Il DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; APA, 2013) inserisce il “disturbo da uso di alcol” (DUA) tra i “Disturbi correlati a sostanze e disturbi da *addiction*” e lo definisce come un disturbo in cui è presente una compromissione clinicamente significativa o un disagio che si manifesta con la presenza di due, o più, di undici criteri nel corso di un periodo di dodici mesi. La presenza di 2-3 criteri configura il DUA come “lieve”, di 4-5 criteri come “moderato”, di sei, o più di 6 criteri, come “grave”. La remissione precoce è definita da un minimo di tre, ma meno di dodici, mesi senza soddisfare i criteri del disturbo (con l’eccezione del *craving*) e la remissione protratta è definita da un minimo di dodici mesi senza soddisfare i criteri del disturbo (con l’eccezione del *craving*) (APA, 2013).

Dato che i problemi alcol-correlati (di cui il DUA è la manifestazione clinica conclamata) sono una classe eterogenea di problemi (fisici, psicologici, relazionali, sociali, lavorativi, legali) con eziologia e genesi multi-fattoriali e visto il cambiamento nelle modalità di assunzione dell’alcol (per es. abbandono dell’uso mediterraneo in favore di una modalità più nordica, caratterizzata da abbuffate alcoliche fuori pasto, soprattutto nei finesettimana; poliabuso), gli interventi preventivi (prevenzione universale, promozione della salute), terapeutici (cura, prevenzione indicata, riduzione del danno, riabilitazione) non possono che essere multiprofessionali e personalizzati. Inoltre, oggi l’*identikit* della persona con un problema alcol-correlato è molto diverso da quello del passato (si vedano, per es., i protagonisti de “Lo scannatoio di Zola”, quello di “Capriole in salita” di Roveredo e quelli dei testi di Mencarelli e Frey), quindi può essere opportuno ampliare lo strumentario a disposizione, a oggi composto da farmaci, avversivanti, monitoraggi, interventi psicoterapeutici, psico-educativi, socio-assistenziali, educativo-riabilitativi (individuali o di gruppo) (Casati *et al.*, 2004; Ceccanti, 2022; Filippin & Sartor, 2006; Gini *et al.*, 2010; Hudolin, 2015; Riboldi & Magni, 2016; Rollnick, Mason & Butler, 2003; Scurti, 2021).

L’uso curativo dei libri affonda le sue radici nell’antica Grecia (Dalla Valle, 2016). La letteratura, in quanto riflesso dell’esistenza umana, sollecita i lettori a riflettere su se stessi e i rispettivi ambienti, favorisce il confronto con le proprie emozioni, i propri sentimenti, valori e conflitti (Monroy-Fraustro *et al.*, 2021). Monroy-Fraustro e colleghi (2021) definiscono la letteratura una sorta di medicina per la vita e ritengono che la terapia, la catarsi e la cura siano caratteri intrinseci alla letteratura stessa.

Il termine “biblioterapia” è stato coniato nel 1916 da Samuel Crothers. Nel 1999, il termine *bibliotherapy* diventa un “termine MESH” e viene definito, dalla stessa National Library of Medicine, una forma di psicoterapia supportiva nella quale al paziente viene assegnato in lettura del materiale preventivamente e accuratamente selezionato.

I tre processi della lettura, della riflessione e della discussione compongono la biblioterapia, un intervento in grado di produrre cambiamenti nel lettore (Lanza, 1991). La lettura, quindi, viene impiegata nella biblioterapia come un tramite per un cambiamento terapeutico e/o come uno strumento di empowerment (Cohen, 1998). Attraverso la letteratura (il confronto con i personaggi, le emozioni, le scelte narrate, ecc.), i pazienti

possono imparare, con la biblioterapia, a fronteggiare le proprie esperienze soggettive, a prendere decisioni e fare scelte, ad esercitare un maggior controllo su di sé e sulla propria malattia. Incremento dell’empatia, sviluppo del pensiero laterale, incremento delle proprie capacità di coping, comprensione di determinate condizioni (quali, ad esempio, la malattia o la morte), il superamento (o la riduzione) del pregiudizio sono tutti obiettivi perseguibili con il mezzo biblioterapico (Dalla Valle, 2018).

Shrodes (1950) identifica nella biblioterapia tre fasi distinte: I. identificazione, in cui il lettore istaura un legame con uno specifico personaggio; II. catarsi, per cui il personaggio si imbatte in un conflitto e lo risolve; III. insight, per cui il lettore riflette sulla vicenda narrata e su proprie vicende, internalizza e applica alcune modalità comportamentali proprie del personaggio con cui si è identificato.

Sam (2018) riporta che Gottschalk (1948) ha elencato sei diversi modi in cui materiali di lettura selezionati possono favorire il processo terapeutico: 1) possono alleviare tensioni, frutto di una cattiva informazione (per es. in tema di sessualità); 2) possono favorire l’insight circa dinamiche emozionali (anche connesse ai meccanismi di difesa); 3) possono aiutare a comprendere le proprie reazioni (fisiologiche e psicologiche) ai conflitti e alla frustrazione; 4) possono agevolare la comunicazione tra terapeuta e paziente, attraverso un terreno comune di partenza; 5) leggere di persone che vivono situazioni simili può alleggerire il senso di colpa e/o la paura, nonché può fungere da incoraggiamento, soprattutto se si legge di gestioni efficaci di frangenti difficili; 6) la lettura di biografie di persone ammirevoli può indurre il lettore verso comportamenti meritori.

La lettura di materiali per sessioni individuali o gruppal, obiettivi terapeutici raggiungibili e la crescita personale sono i tre elementi che accomunano le diverse definizioni di biblioterapia disponibili (Monroy-Fraustro *et al.*, 2021). Hynes e Hynes-Berry (1986-1994) dividono la biblioterapia in biblioterapia clinica e biblioterapia dello sviluppo: la prima viene utilizzata dalle figure mediche o dagli psicologi, mentre la seconda dalle figure non sanitarie come gli educatori, gli insegnanti, i bibliotecari, i counselor, i filosofi, gli operatori sociali (si veda anche: <https://biblioterapiaitaliana.com>). A tale proposito, Fanner e Urquhart (2008) parlano di *library based-intervention*, interventi appannaggio dei bibliotecari. Rachele Bindi (2019, 2021) identifica due diverse modalità di impiego della libroterapia: nel percorso psicoterapeutico individuale, nei gruppi di stampo umanistico con funzione di empowerment individuale.

La letteratura circa l’efficacia della biblioterapia in setting clinici risente dell’eterogeneità (e conseguente scarsa comparabilità) dei disegni (timing dello studio incluso), delle popolazioni (inclusi campioni piccoli) e delle procedure impiegate (interventi, durate e intensità diversi, outcome diversi e/o registrati con strumenti diversi); inoltre, le sono proprie tutte le difficoltà e le riflessioni inerenti il tema più ampio della valutazione dell’efficacia degli interventi psicologici-psicoterapeutici (Muzzatti, 2022).

Nell’ambito della salute mentale, l’efficacia della biblioterapia è stata valutata per persone con depressione (McNaughton, 2009), schizofrenia (Kasperek-Zimowska *et al.*, 2021), disturbi ossessivo-compulsivi (Herbst *et al.*, 2021), disturbi d’ansia (Haug *et al.*, 2021), disturbo da stress post-traumatico (Glavin & Montgomery, 2017), disturbi dell’alimentazione e della nutrizione (Troscianko, 2018).

I bassi costi, la possibilità di raggiungere un numero ampio di utenti, il carattere non stigmatizzante, la possibile complementarità rispetto ad altri trattamenti, una maggiore percezione di

controllo da parte dell'utente sono tutti punti di forza di questo intervento che si candida come terapia complementare.

Obiettivi e finalità

In ottica abilitativa-riabilitativa, col presente intervento ci si è riproposti di:

- avvicinare/riavvicinare i partecipanti ad un'attività diversionale non stigmatizzante, dall'intrinseca natura abilitativa-riabilitativa, nonché socializzante;
- offrire l'occasione di esercitare abilità sociali e life skills in un contesto grupppale, costruito attorno ad un'attività non connotata in chiave alcolologica;
- incrementare la conoscenza di sé (emozioni e loro gestione, pattern comportamentali, bisogni, rappresentazione di sé e degli altri).

Più in generale, la finalità del presente intervento è coincisa col favorire benessere e incremento della qualità di vita. È infatti proprio nell'occuparsi di attività piacevoli, nello stare insieme, che le persone potrebbero scoprire nuovi modi appaganti di vivere la propria realtà, sviluppare competenze relazionali e manifestare interessi, passioni, nuovi piaceri. Si è inteso investire sulle parti sane delle persone, sulle risorse, più che sui vincoli da rimuovere, secondo un'ottica promozionale.

L'intervento

L'intervento, intitolato "In viaggio con i libri: laboratorio di lettura condivisa", si configura come un laboratorio di biblioterapia, articolato in 4 incontri, e specificatamente destinato a utenti con un disturbo da uso di alcol in remissione, in carico in un servizio alcolologico del Paese.

Il contesto

Il Servizio di Alcologia, articolazione del Dipartimento delle Dipendenze e Salute Mentale dell'Azienda sanitaria locale, presso cui si è tenuto l'intervento oggetto del presente contributo, si rivolge a persone con un problema alcol-correlato.

Durante la valutazione diagnostica iniziale, gli utenti vengono accolti dallo psicologo e da un infermiere, successivamente svolgono un colloquio con l'assistente sociale e un educatore professionale, quindi la visita medica. Gli operatori agiscono il loro peculiare sapere professionale, prima nella valutazione dell'eventuale problema alcol-correlato, poi nell'identificazione del programma terapeutico-riabilitativo più adatto alle esigenze del singolo.

Le persone che giungono al servizio vengono in parte spontaneamente, in quanto si rendono conto di avere un problema che vogliono risolvere, in parte spinti dai familiari, in parte su mandato del Tribunale per problematiche con la giustizia come conseguenza dell'uso problematico di alcol, ma anche dai vari reparti ospedalieri nel caso di riscontro di un problema di alcolismo. Accedono pazienti adulti, di entrambi i sessi, di tutte le estrazioni socio-culturali, spesso con doppia diagnosi o poliabuso.

Sulla base delle specifiche problematiche, il programma di trattamento può prevedere controlli tossicologici, controlli medici, colloqui con lo psicologo, l'assistente sociale, l'educatore

professionale, psicoterapia, ricoveri ospedalieri, partecipazione a incontri di gruppo motivazionali, psicoeducativi, psicoterapeutici, riabilitativi, supporto ai familiari, invio a gruppi di auto mutuo aiuto alcolologico (ACAT o Alcolisti Anonimi).

Il tema principale è motivare i pazienti all'astensione dall'alcol e aiutarli a capire che ci può essere una vita di qualità senza alcol. Una parte importante del lavoro psicologico riguarda l'aiutare il paziente a guadagnare fiducia in se stesso, a potenziare l'autoefficacia, l'autostima e in generale le life skills, offrendo strumenti di empowerment alternativi all'assunzione di alcol.

I partecipanti

L'intervento è stato pensato per un massimo di otto utenti del servizio, con DUA in fase di remissione precoce o protratta e che avevano dimostrato (o erano stati valutati poter avere) interesse/consuetudine con la lettura e/o sembravano poter beneficiare di un accostamento (o ri-accostamento) alla stessa.

Articolazione dell'intervento e procedura

Il laboratorio si è articolato in quattro incontri a cadenza quindicennale; ciascun incontro ha avuto una durata di 90'. Il ridotto numero di incontri è stato scelto in ragione della natura "pilota" dell'intervento stesso.

Il filo conduttore, scelto per l'intervento, è stato il viaggio; in ciascuno dei quattro incontri si sono offerti spunti di conoscenza, auto-conoscenza, riflessione e confronto a partire da altrettanti aspetti dell'esperienza del viaggiare, attraverso la lettura di testi letterari in prosa e in poesia. Nella Tabella 1, vengono riportati i temi di ciascun incontro e i testi letterari impiegati.

L'approccio impiegato è stato laboratoriale, quindi pratico e con coinvolgimento attivo (se pure spontaneo) dei partecipanti. In Tabella 2 viene riassunta la struttura di ciascun incontro, mentre in Tabella 3 sono riportati i passi letterari impiegati e le relative domande stimolo per la riflessione in plenaria.

Durante ciascun incontro, ai partecipanti veniva fornita una copia dei passi proposti (in rispetto della normativa vigente sul diritto d'autore), mentre le domande stimolo venivano proiettate in uno schermo da parete.

Nel primo incontro, come attività di presentazione e rompi-ghiaccio, si è chiesto a ciascun partecipante di condividere, oltre al nome, cosa legge, con che frequenza legge, cosa gli piace del leggere, in che cosa crede sia utile il leggere. Alla fine del quarto incontro, si è previsto un tempo per la compilazione di alcuni brevi questionari per la valutazione dell'intervento stesso (si veda oltre) e si è ottenuto un consenso scritto all'utilizzo delle risposte, in forma anonima e aggregata, per eventuali usi di ricerca e reportistica.

A circa un mese dalla conclusione del laboratorio, si è previsto uno spazio individuale di confronto e follow-up tra i singoli partecipanti e le conduttrici.

L'intervento è stato progettato e condotto da due psicologhe psicoterapeute (BM e MV), coadiuvate da una tirocinante psicologa (ES) per gli aspetti pratico-organizzativi. MD, esperto di biblioterapia, ha supervisionato le diverse fasi dell'intero percorso.

Una volta identificati i pazienti coinvolgibili nell'attività, questa è stata presentata loro individualmente da parte di una delle conduttrici, la quale si è occupata di raccogliere l'assenso a

Tab. 1 - “In viaggio con i libri: laboratorio di lettura condivisa”: articolazione nei 4 incontri

Incontro	Tematismo	Fonte dei brani utilizzati
1°	Chi sono, con cosa parto, cos’ho nel mio bagaglio, cosa leggo.	<ul style="list-style-type: none"> Anita Nair, <i>Cuccette per signora</i>, 2009, Ugo Guanda Editore Milano. Gabriele Romagnoli, <i>Solo bagaglio a mano</i>, 2015, Giangiacomo Feltrinelli Editore Milano.
2°	Dove vado, da dove vengo, dove sono.	<ul style="list-style-type: none"> Alfio Scandurra, <i>Di asini e di boschi</i>, 2020, Ediciclo Editore Portogruaro. Khalil Gibran, <i>Il profeta</i>, ristampa, 2019, Ugo Guanda Editore Milano. Konstantinos Kavafis, <i>Itaca</i> (https://odisseoblog.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/02/itaca.pdf)
3°	Seguire la strada non è sempre semplice, il bivio, la pietra di inciampo, la scorciatoia e la deviazione, la “retta via” e la strada maestra.	<ul style="list-style-type: none"> Alfio Scandurra, <i>Di asini e di boschi</i>, 2020, Ediciclo Editore Portogruaro. Gabriele Romagnoli, <i>Solo bagaglio a mano</i>, 2015, Giangiacomo Feltrinelli Editore Milano.
4°	I compagni di viaggio e “meglio soli che mal accompagnati”; il viaggio come incontro con l’altro	<ul style="list-style-type: none"> Esopo, <i>Il vecchio, il figlio e l’asino</i> (www.interattivamente.org/il-vecchio-il-bambino-e-lasino/; ultimo accesso: 10 dicembre 2024). Carlo Collodi, <i>Pinocchio</i>, 2022, Rizzoli Milano.

partecipare o ha chiesto di pensarci e comunicare l’adesione o meno. Ai pazienti coinvolgibili è stata consegnata una locandina in formato A4 in cui venivano riportati il titolo del laboratorio, il nominativo e la qualifica delle conduttrici, le date e gli orari degli incontri previsti. Ai pazienti che hanno dato l’adesione al laboratorio è stato ricordato il primo incontro qualche giorno prima dello stesso.

Gli incontri si sono svolti in orario pomeridiano, presso la sede del Servizio di Alcologia, in una sala ampia che ha permesso di disporre le sedie in circolo e dotata di PC collegato a video-proiettore.

Al termine del laboratorio, a ciascun partecipante è stata regalata una copia del volume “Solo bagaglio a mano” di G. Romagnoli, personalizzata con la frase di M. Proust riportata in testa.

Tab. 2 - “In viaggio con i libri: laboratorio di lettura condivisa”: struttura di ciascuno dei 4 incontri

Attività	Durata
Presentazione del laboratorio / Condivisione di riflessioni in riferimento all’incontro precedente	15 minuti
Lettura ad alta voce dei passi scelti e riflessione guidata da stimoli	1 ora
Condivisione di riflessioni conclusive e compilazione della biografia di apprendimento	15 minuti

Tab. 3 - “In viaggio con i libri: laboratorio di lettura condivisa”: passi impiegati e relative domande stimolo

Incontro	Passo	Domande stimolo
1°	<i>Cuccette per signora</i> (pp.9-10)	<ul style="list-style-type: none"> Ci sono odori, suoni o immagini specifici che vi riportano a un ricordo di viaggio o a un momento di libertà? Che significato hanno per voi? Se immaginate un treno che rappresenta i vostri sogni e i vostri desideri, sentireste di esserci saliti? O c’è ancora una distanza da colmare per iniziare davvero quel viaggio?
1°	<i>Solo bagaglio a mano</i> (pp. 31-32)	<ul style="list-style-type: none"> In queste righe il termine “bagaglio” viene usato prima in senso letterale e successivamente in senso metaforico o simbolico. Cosa ritenete essenziale da portare con voi nel vostro bagaglio? Se pensate al vostro viaggio nella vita fino ad oggi, quali “bagagli” sentirete di portare ancora con voi? C’è qualche valigia che vorreste abbandonare? Cosa vorreste avere sempre con voi a portata di mano?
2°	<i>Di asini e di boschi</i> (pp. 62-63)	<ul style="list-style-type: none"> Alfio pianifica in anticipo e nei dettagli l’escursione con Fiocco. Voi come vi ponete di fronte ad una situazione nuova (un viaggio, un’attività ecc.)? Se pensate alla vostra esperienza, siete abituati a pianificare o ad agire di impulso?
2°	<i>Il profeta</i> (pp. 7-8)	<ul style="list-style-type: none"> Il protagonista vede finalmente realizzare il sogno del ritorno, ma davanti alla realizzazione di questo non c’è solo gioia, perché realizzare qualcosa a volte porta con sé nostalgia, rimpianto e sofferenza. Avete sperimentato anche voi quest’ambivalenza (ogni medaglia ha due facce)? Vi viene in mente un episodio in particolare?

Tab. 3 - Segue

Incontro	Passo	Domande stimolo
2°	<i>Itaca</i> (lettura integrale)	<ul style="list-style-type: none"> • Ciascuno di voi riporti un verso, un'immagine o un termine che l'ha colpito/a. • In questa poesia emerge non solo l'importanza della meta, ma soprattutto l'importanza del percorso per raggiungerla. Vi è mai capitato di focalizzarvi solo sull'obiettivo perdendo di vista il percorso?
3°	<i>Di asini e di boschi</i> (pp. 107-108)	<ul style="list-style-type: none"> • Come reagite, di solito, di fronte all'imprevisto?
3°	<i>Di asini e di boschi</i> (pp. 116-118)	<ul style="list-style-type: none"> • Vi è capitato di ricevere un aiuto inaspettato? Come vi siete sentiti?
3°	<i>Solo bagaglio a mano</i> (pp. 37-38)	<ul style="list-style-type: none"> • Tornando all'episodio del bambino che si perde in spiaggia, vi è mai capitato qualcosa di simile? • Siete d'accordo con la posizione dello scrittore per cui perdersi o perdere qualcosa può essere un'occasione per ritrovarsi, trovare nuove direzioni ecc.?
4°	<i>Il vecchio, il figlio e l'asino</i> (lettura integrale)	<ul style="list-style-type: none"> • Questa favola ci fa riflettere sul peso che può avere, sulle nostre decisioni, il giudizio degli altri. Questa lettura vi riporta alla mente qualche esperienza che avete vissuto?
4°	<i>Pinocchio</i> (pp. 93-95)	<ul style="list-style-type: none"> • Capita a tutti, nella propria vita, di incontrare dei "gatto e volpe" o un "grillo parlante", una "fata turchina" ecc. Vi va di condividere uno di questi incontri? Com'è andata? Come vi siete sentiti? Con il senno di poi cosa avreste potuto fare per far andare le cose diversamente?

Valutazione

Il gradimento e l'utilità percepiti dell'intervento sono stati registrati, alla conclusione (4° incontro) attraverso un questionario anonimo.

La biografia di apprendimento (Becciu & Colasanti, 2004), compilata da ciascun partecipante al termine di ogni incontro, ha permesso di ottenere informazioni circa l'impatto dell'intervento sul proprio funzionamento. Si tratta di uno strumento volto a evidenziare ciò che ciascuno ha scoperto su se stesso a seguito di una data esperienza (ciascun incontro nel nostro caso) e, in particolare, la biografia impiegata proponeva i seguenti input: "ho scoperto che...", "ho potuto riflettere su...", "ho migliorato o appreso la capacità di...".

La "centratura" del percorso rispetto ai bisogni dei partecipanti è stata valutata attraverso il confronto tra le aspettative (dichiarate nel 1° incontro) e le acquisizioni fatte (dichiarate nel 4° incontro). Mediante l'impiego di un registro, si è tenuta traccia della partecipazione (assenze, drop-out) dei partecipanti.

Tutti i materiali di auto-valutazione sono stati redatti con un carattere tipografico tale da favorire la leggibilità da parte di un'utenza ampliata.

Risultati

Partecipazione

Il laboratorio si è svolto tra dicembre 2024 e febbraio 2025. Le festività natalizie hanno imposto un intervallo più lungo delle previste due settimane tra il secondo e il terzo incontro; inoltre, in corso d'opera si è deciso di posticipare il terzo incontro, perché nella data prevista ci sarebbero stati quattro assenti (50%) per malattia.

Il laboratorio è stato proposto a dieci potenziali partecipanti, di questi due hanno declinato l'invito per ragioni di incompatibilità dell'orario del laboratorio con altre attività personali. All'intervento hanno, quindi, partecipato otto pazienti adulti in carico al Servizio, tre uomini e cinque donne. La loro età era compresa tra 43 e 76 anni (Mdn = 58). La durata mediana della presa incarico da parte del Servizio dei partecipanti era pari a 34 mesi (range: 4-117), mentre due partecipanti (25%) si trova-

vano in remissione precoce da DUA e il restante 75% (6 partecipanti) in remissione protratta.

Degli otto partecipanti, cinque persone (62.5%) hanno partecipato a tutti e quattro gli incontri; due partecipanti (25%) sono stati assenti ad un incontro (concomitanza di impegni non prorogabili sopraggiunti è stata la giustificazione addotta), mentre una partecipante è stata assente agli ultimi due incontri a causa della convalescenza per un intervento chirurgico programmato. Due dei tre partecipanti che sono stati assenti (66.6%) hanno informato preventivamente della propria assenza.

Utilità e gradimento percepiti

All'inizio del primo incontro, dopo la presentazione dell'attività delle conduttrici e dei partecipanti, si è chiesto a ciascuno di condividere le proprie aspettative rispetto al laboratorio: occasione di socializzazione (2 risposte), di condivisione e confronto (4 risposte), di conoscenza (3 risposte), di crescita personale (3 risposte) sono state le aspettative dichiarate.

L'utilità percepita è stata valutata da ciascun partecipante, in forma anonima al termine del quarto incontro, su una scala likert a cinque punti, ancorata "per nulla - moltissimo". Per sei partecipanti (75%), il laboratorio è stato molto utile, mentre per un partecipante è stato abbastanza utile e per un altro moltissimo utile. La piacevolezza percepita degli incontri è stata valutata da ciascun partecipante, in forma anonima al termine del quarto incontro, su una scala likert a cinque punti, ancorata "per nulla - moltissimo". Per sette partecipanti (87.5%), gli incontri sono stati molto piacevoli, mentre per un partecipante sono stati moltissimo piacevoli.

Il 100% dei partecipanti ha dichiarato di voler consigliare un'esperienza di gruppo simile: sei partecipanti (75%) hanno enfatizzato il ruolo costruttivo della condivisione, due (25%) il ruolo dell'autoconoscenza, quali ragioni a supporto.

Impatto percepito dell'intervento sul sé

La biografia di apprendimento, compilata al termine di ogni incontro, aveva lo scopo di aiutare i partecipanti a mettere a fuo-

co cosa, grazie all'incontro, avevano scoperto, fatto oggetto di riflessione, migliorato o appreso. Nella Tabella 4 sono riassunti i risultati raccolti con questo strumento.

Nel questionario finale, proposto in conclusione dell'ultimo incontro, si chiedeva di indicare se il laboratorio avesse offerto qualche spunto per l'incremento della conoscenza di sé. Tutti gli otto partecipanti hanno risposto a questo quesito: tre risposte (37.5%) alludono all'acquisizione (o conferma) di consapevolezza di alcuni tratti del proprio modo di essere ("sono un po' timida a relazionarmi con gli altri", "sono una persona profonda e riflessiva e non lo credevo", "non sono molto portata a condividere le mie esperienze", mentre cinque risposte (62.5%) si rifanno all'incremento di abilità/competenze quali l'ascolto, la condivisione, la riflessione a seguito dell'esperienza e l'autoconsapevolezza.

Impatto percepito dell'intervento sul proprio rapporto con la lettura e sulla percezione della lettura stessa

Nel questionario finale, proposto in conclusione dell'ultimo incontro, si chiedeva di indicare se, a seguito del laboratorio, si ritenesse che sarebbe cambiato il proprio rapporto con la lettura e in che modo. Cinque partecipanti (62.5%) hanno risposto in modo affermativo, due in modo negativo ("no, perché sono pigra e purtroppo ho letto sempre poco") o dubitativo ("difficilmente, anche se è stato un grande stimolo leggere assieme"). Uno degli otto partecipanti non ha risposto a questa domanda (12.5%). Dei cinque partecipanti che hanno risposto in modo affermativo (71.4%), due hanno spiegato che avrebbero dedicato maggior tempo alla lettura in futuro, un altro che intendeva leggere un libro di argomento diverso da quello affrontato di solito, un quarto ha dichiarato di voler approfondire maggior impegno, anche quando il libro non fosse sembrato particolarmente accattivante, mentre il quinto ha apprezzato, genericamente, il ruolo della conoscenza e della consapevolezza per la crescita personale.

Sulla lettura, il laboratorio ha insegnato ai partecipanti (100% dei rispondenti) che: può essere condivisa con altri, "è uno spunto per poter dialogare", può dare spazio ad interpretazioni diverse, può suscitare riflessioni personali, è fonte di conoscenza e autoconoscenza, può stimolare all'approfondimento, "c'è tutto un mondo che gli gira attorno".

Discussione e conclusioni

L'uso problematico dell'alcol è una modalità maladattiva che il singolo sviluppa per gestire eventi stressanti, dolorosi, traumatici

o loro effetti. Gli effetti psicoattivi dell'alcol danno un'illusoria sensazione di benessere, potere, forza. Contrastare i problemi alcol-correlati significa, non solo raggiungere e mantenere l'astinenza dall'assunzione alcolica, ma soprattutto sviluppare modalità comportamentali, alternative all'assunzione, che risultino più salutari ed efficaci (Gini *et al.*, 2010; Hudolin, 1995). In questo, la lettura guidata di materiale informativo o finzionale può essere senz'altro utile, perché può offrire modelli comportamentali, letture alternative degli eventi, denominazioni di sensazioni ed emozioni, fonti di rispecchiamento, elementi di conoscenza di emozioni, pensieri, comportamenti. Un percorso biblioterapico ben congegnato può perseguire obiettivi diversi, riconducibili all'incremento delle life skills (gestione dello stress, autoconoscenza, conoscenza e gestione delle emozioni, sviluppo del problem solving e del decision making) e di abilità sociali; alla riflessione su tematismi (problematiche evolutive, conflitti, dinamiche relazionali, identificazione ed espressione dei bisogni...) specifici; al riappropriarsi di un'attività comune, quale è appunto la lettura e/o avvicinarsi ad una pratica diversionale, distraente (cfr. utilità della distrazione nel craving), condivisa (potenziale spunto di conversazione e condivisione con altri), quindi intrinsecamente socializzante e normalizzante; all'ecologica riabilitazione, o potenziamento, di capacità cognitive quali attenzione, concentrazione, memoria, linguaggio, pensiero ipotetico-deduttivo, pensiero laterale, mentalizzazione (Muzzatti, 2022).

Nel presente contributo, si è descritto un breve intervento biblioterapico (4 incontri), offerto a otto pazienti con un disturbo da uso di alcol in remissione. L'intento dell'intervento (un progetto pilota) era quello di avvicinare/riavvicinare i partecipanti ad un'attività diversionale non stigmatizzante, offrire l'occasione di esercitare abilità sociali e life skills in un contesto grupale costruito attorno ad un'attività non connotata in chiave alcolologica, incrementare la conoscenza di sé.

L'accettazione, la fattibilità e l'equità dell'intervento sono risultate buone. La partecipazione è stata elevata: non ci sono stati dropout e le assenze effettuate sono state giustificate e giustificabili. Il laboratorio è stato valutato come molto utile e interessante da tutti i partecipanti, partecipanti che hanno auspicato la proposizione in futuro di iniziative simili e che consiglierebbero quest'attività ad altre persone. Si è trattato di un'attività fruibile da un'ampia platea di persone (con poche avvertenze quali, ad esempio, l'impiego di materiali ad alta leggibilità, la predisposizione di un supporto in fase di scrittura per chi ha difficoltà in quest'attività), che non richiede grandi risorse materiali (può essere svolta anche on-line), che, però, richiede un'attenzione nell'identificazione dei tempi di erogazione (orari che non interferiscano con le attività routinarie dei partecipanti, attenzione ad evitare i periodi di festa/vacanze o periodi di proliferazione di malanni stagionali).

Tab. 4 - *Biografia di apprendimento: acquisizioni dichiarate (frequenze)*

<i>Ho scoperto che, ho potuto riflettere su, ho migliorato o appreso la capacità di...</i>	<i>Incontro 1° (N = 8)</i>	<i>Incontro 2° (N = 7)</i>	<i>Incontro 3° (N = 7)</i>	<i>Incontro 4° (N = 6)</i>
Impatto sul presente del proprio passato	3	1	0	1
Altri hanno vissuti, vedute ed esperienze simili ai miei	3	2	2	0
Valori e comportamenti	2	1	1	0
Importanza di ponderare scelte e azioni	1	4	1	1
Fiducia e relazioni con l'altro	0	0	3	3
Emozioni	0	0	1	0
Capacità di ascolto	1	0	0	1
Capacità di condividere/esprimersi	1	1	0	0
Ruolo dell'influenza altrui	0	0	0	1

L'utilità della condivisione e del confronto, l'impiego di stimoli per avviare una riflessione, l'autoconoscenza sono state le aspettative dichiarate all'inizio del laboratorio e sono state anche le ragioni per cui i partecipanti consiglierebbero la partecipazione ad un laboratorio simile a quello frequentato da loro in quest'occasione. Questi dati, certamente non significativi da un punto di vista statistico, sono però indicativi di come l'intervento abbia incontrato il bisogno di socializzazione e crescita personale (auto-conoscenza) dei partecipanti, abbia offerto loro l'occasione di agire life e social skills, li abbia avvicinati/riavvicinati ad un'attività (la lettura) comune, potenzialmente piacevole, arricchente e potenziale medium comunicativo.

Per tutti i partecipanti, l'intervento è stato un'occasione di crescita personale nei termini sia dell'esercizio di competenze (ascolto, comunicazione, condivisione), sia nei termini di riflessione e confronto su vissuti, emozioni, esperienze, valori, convinzioni.

Oltre il 70% del campione ha riferito che, a seguito del laboratorio, il proprio rapporto con la lettura sarebbe cambiato, mentre il 100% ha dichiarato di aver appreso qualcosa di nuovo sulla lettura proprio grazie al laboratorio.

Il presente contributo è, a nostra conoscenza, il primo che descrive un intervento biblioterapico specificatamente dedicato alle persone con DUA in remissione e che impiega esclusivamente materiale letterario, in prosa o poesia. Studi già pubblicati, quali quelli di Connors *et al.* (2017), Gonzales e Dolin (2015), Apodaca *et al.* (2007) e Carter *et al.* (2002), infatti, descrivono interventi che hanno impiegato materiale di self-help o opuscoli informativi e si sono rivolti a persone con un problema alcol-correlato attivo. D'altro canto, la metodologia degli Alcolisti Anonimi (AA) prevede la lettura, durante le sedute di gruppo, di testimonianze, oltre che di testi motivazionali e riflessivi (metodo dei 12 passi e delle 12 tradizioni). I dati, qualitativi e preliminari, qui presentati depongono in favore della fattibilità e accettabilità dell'intervento proposto. Permettono, poi, di definire l'intervento come gradevole ed utile; l'utilità sembra potersi ascrivere all'avvicinamento all'attività della lettura, e all'autoconoscenza e all'empowerment. Ulteriori studi potranno approfondire i presenti dati, attraverso l'impiego di misure quali-quantitative più valide ed affidabili, nonché attraverso l'impiego di campioni più ampi.

In conclusione, l'intervento biblioterapico proposto è risultato gradito ai partecipanti che lo hanno frequentato e si è dimostrato offrire loro spunti di empowerment personale, occasione di esercizio di social e life skills nonché li ha portati a considerare la lettura come un'attività a sua volta praticabile e di valore.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association – APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. APA (trad. it.: *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*). Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Apodaca T.R., Miller W.R., Schermer C.R., Amrhein P.C. (2007). A pilot study of bibliotherapy to reduce alcohol problems among patients in a hospital trauma center. *Journal of Addiction Nursing*, 18(4): 167-73. Doi: 10.1080/10884600701698745.
- Becciu M., Colasanti A.R. (2004). *La promozione delle capacità personali*. Milano: FrancoAngeli.
- Bindi R. (2019). *I libri che fanno la felicità. Prenditi cura della tua anima con la libreria*. Milano: Vallardi.
- Bindi R. (2021). *Trame archetipiche. Libreria e benessere*. Firenze: Press & archeos.
- Carter Sobell L., Sobell M.B., Leo G.I., Agrawal S., Johnson-Young L., Cunningham J.A. (2002). Promoting self-change with alcohol abusers: a community-level mail intervention based on natural recovery studies. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 26(6): 936-48.
- Casati O., Rossin M.R., Teruggi A., Verrilli R. (2004). *Lavorare con i gruppi in alcologia*. Torino: Edizioni Medico Scientifiche.
- Ceccanti M. (a cura di) (2022). *Il trattamento dei disturbi correlati all'alcol - indicazioni per la comprensione e per l'intervento clinico integrato*. Cuneo: Edizioni published.

- Cohen L.J. (2002). Bibliotherapy. The therapeutic use of books for women. *Journal of Nursing in Midwifery*, 37: 91-5. Doi: 10.1016/0091-2182(92)90143-Q.
- Connors G.J., Walitzer K.S., Prince M.A., Kubiak A. (2017). Secondary prevention of alcohol problems in rural areas using a bibliotherapy-based approach. *Rural Mental Health*, 41(2): 162-73. Doi: 10.1037/rmh0000073.
- Dalla Valle M. (2016). Viaggio attraverso i primi cent'anni della biblioterapia. *Biblioteche oggi*, 34: 56-60.
- Dalla Valle M. (2018). *Biblioterapia: strumenti applicativi di base per le diverse professioni*. Verona: QuiEdit.
- Fanner D., Urquhart C. (2008). Bibliotherapy for mental health service users Part 1: a systematic review. *Health Information Library Journal*, 25(4): 237-52. Doi: 10.1111/j.1471-1842.2008.00821.x.
- Filippin N., Sartor L. (2006). *Un modello alcologico semplice per i trattamenti complessi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Frey J. (2003). *In un milione di piccoli pezzi*. Milano: TEA.
- Frey J. (2006). *Il mio amico Leonard*. Milano: TEA.
- Gini P., Giunta M.G., Rossin M.R., Longoni B. (2010). *Il problema alcol, comprendere e aiutare chi beve troppo*. Milano: Editrice Ambrosiana.
- Glavin C.E.Y., Montgomery P. (2017). Creative bibliotherapy for post-traumatic stress disorder (PTSD): a systematic review. *Journal of Poetry Therapy*, 30(2): 95-107. Doi: 10.1080/08893675.2017.1266190.
- Gonzalez V.M., Dulin P.L. (2015). Comparison of a smartphone app for alcohol use disorders with an Internet-based intervention plus bibliotherapy: A pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2): 335-45. Doi: 10.1037/a0038620.
- Gualano M.R., Bert F., Martorana M., Voglino G., Andriolo V., Thomas R., Gramaglia C., Zeppegno P., Siliquini R. (2017). The long-term effects of bibliotherapy in depression treatment: systematic review of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, 58: 49-58. Doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.006.
- Haug T., Nordgreen T., Öst L.G., Havik O.E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: a meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical Psychology Review*, 32(5): 425-45. Doi: 10.1016/j.cpr.2012.04.002.
- Herbst I., Voderholzer N., Stelzer N., Knaevelsrud K., Hertenstein E., Schlegl S., Nissen C., Külz A.K. (2012). The potential of telemental health applications for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 32(6): 454-66. Doi: 10.1016/j.cpr.2012.04.005.
- Hudolin V. (2015). *Manuale di alcologia*, Edizione critica a cura dell'AICAT (III ed.). Trento: Erickson.
- Hynes A., Hynes-Berry M. (1986-1994). *Biblio/Poetry therapy. The Interactive Process: A Handbook*. Clearwater: North Star Press.
- Kasperek-Zimowska B.J., Bednarek A., Giguere M., Orłowski W., Sawicka M. (2021). The specificity of the use of bibliotherapy as an element of psychiatric rehabilitation in a group of patients suffering from schizophrenia. *Postepy Psychiatrii i Neurologii*, 30(4): 278-86. Doi: 10.5114/PPN.2021.111946.
- Lanza M.L. (1991). Literature: a vehicle for emotional connection between clinician and client. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5: 313-8. Doi: 10.1016/0883-9417(91)90030-9.
- McNaughton J.L. (2009). Brief interventions for depression in primary care: a systematic review. *Canadian Family Physician*, 55(8): 789-96.
- Mencarelli D. (2018). *La casa degli sguardi*. Milano: Mondadori.
- Monroy-Fraustro D., Maldonado-Castellanos I., Aboites-Molina M., Rodríguez S., Sueiras P., Altamirano-Bustamante N.F., de Hoyos-Bermea A., Altamirano-Bustamante M.M. (2021). Bibliotherapy as a non-pharmaceutical intervention to enhance mental health in response to the COVID-19 pandemic: a mixed-methods systematic review and bioethical meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 9, 629872. Doi: 10.3389/fpubh.2021.629872.
- Muzzatti B. (2022). La biblioterapia nel trattamento dei problemi alcol-correlati: rassegna della letteratura. Elaborato finale per il Corso di Perfezionamento in "Gioco d'azzardo, web, sostanze e altre dipendenze comportamentali. Dalla conoscenza alla cura", Università degli Studi di Udine AA 2021-22.
- Riboldi F., Magni E. (2016). *Droghe ricreative; Le life skills per crescere indipendenti*. Milano: FrancoAngeli.
- Rollnick S., Mason P., Butler C. (2003). *Cambiare stili di vita non salutari; strategie di counseling motivazionale breve*. Trento: Erickson.
- Roveredo P. (2006). *Capriole in salita*. Milano: Bompiani.
- Sam M.S. (2018). BIBLIOTHERAPY, in *PsychologyDictionary*. -- <https://psychologydictionary.org/bibliotherapy/> (accessed October 1, 2022).
- Scurti P. (2021). *Psicoterapia delle dipendenze, Contesti, percorsi e strumenti terapeutici*. Milano: FrancoAngeli.
- Shrodes C. (1950). *Bibliotherapy: a theoretical and clinical-experimental study*. -- https://openlibrary.org/books/OL14596117M/Bibliotherapy_a_theoretical_and_clinical-experimental_study (accessed October 1, 2022).
- Trosianko E.T. (2018). Literary reading and eating disorders: Survey evidence of therapeutic help and harm. *Journal of Eating Disorder*, 6(1), art. no. 8. Doi: 10.1186/s40337-018-0191-5.
- Zola E. (2018). *Lo scannatoio*. Milano: Feltrinelli (op. or. 1887).

® 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

Psicoterapia di gruppo cognitivo comportamentale integrata con tecniche mindfulness e di matrice dialettico-comportamentale nel trattamento del Disturbo da Gioco d’Azzardo: descrizione di un percorso modulare (programma Alea) presso il Ser.D. di Palestrina

Francesca Costantini*

RIASSUNTO

■ *Alea è un programma di psicoterapia di gruppo modulare progettato per il trattamento psicologico del Disturbo da Gioco d’Azzardo, che tiene conto dei risultati delle ultime ricerche scientifiche meta-analitiche. Basato sui principi del modello di trattamento cognitivo-comportamentale, è stato integrato con strategie e strumenti delle modalità di mindfulness e comportamentale-dialettica. Include 7 sessioni organizzate in 14 moduli di trattamento e 3 sessioni di follow-up, mirate a decondizionare e ridurre il comportamento patologico di gioco d’azzardo, migliorare le abilità di auto-regolazione emotiva e gestione del desiderio, e promuovere comportamenti alternativi adattivi che favoriscono un nuovo stile di vita.*

Nelle sessioni iniziali del programma, i pazienti sono accompagnati ad aumentare il loro livello di “consapevolezza”, sviluppare una motivazione e un “bisogno di cura” autentici, a lavorare sulle ambivalenze e le resistenze riguardo alla cessazione del comportamento patologico, e ad adottare comportamenti protettivi (chiudere il rubinetto). Nelle sessioni centrali di trattamento, i pazienti vengono addestrati ad auto-monitorare il proprio comportamento di gioco, comprenderne il “significato” e lo scopo, misurare e gestire la propria esperienza di craving e i diversi fattori scatenanti che lo attivano (o amplificano), lavorare sulle principali distorsioni cognitive presenti, riconoscere situazioni a rischio, e adottare strategie di gestione emotiva, cognitiva e comportamentale. Le sessioni finali di trattamento mirano a promuovere e potenziare le abilità sociali e le capacità di problem-solving, e a lavorare sulla prevenzione delle ricadute. Il trattamento presentato è stato proposto nel 2024 a 12 pazienti diagnosticati con Dipendenza da Gioco presso il SerD di Palestrina. Dei 12 pazienti, 10 sono rimasti astinenti dopo 1 anno. I pazienti che non hanno beneficiato del trattamento lo hanno abbandonato durante il processo terapeutico. ■

Parole chiave: Terapia cognitivo comportamentale, Gioco d’azzardo patologico, Craving patologico, Mindfulness, Psicoterapia di gruppo.

SUMMARY

Cognitive-Behavioral Group Psychotherapy integrated with mindfulness and dialectical-behavioral techniques in the treatment of Gambling Disorder: Description of a Modular Program-Alea, at the Palestrina Ser.D.

■ *Alea is a modular group psychotherapy program designed for the psychological treatment of Gambling Disorder, which takes into account the results of the latest meta-analytical scientific research. Based on the principles of the cognitive-behavioral treatment model, it has been integrated with strategies and tools from mindfulness and dialectical-behavioral frameworks. It includes 7 sessions organized into 14 treatment modules and 3 follow-up sessions, aimed at deconditioning and reducing pathological gambling behavior, improving emotional self-regulation skills and craving management, and promoting alternative adaptive behaviors that foster a new lifestyle. In the initial sessions of the program, patients are guided to increase their level of “insight,” develop genuine motivation and a “need for care,” work on ambivalences and resistances regarding the cessation of pathological behavior, and adopt protective behaviors (turning off the tap). In the central treatment sessions, patients are trained to self-monitor their gambling behavior, understand its “meaning” and purpose, measure their personal experience of craving and the different triggers that activate (or amplify) it, work on the main cognitive distortions present, recognize risk situations, and adopt emotional, cognitive, and behavioral management strategies. The final treatment sessions aim to promote and enhance social skills and problem-solving abilities, and work on relapse prevention.*

The treatment presented was proposed in the year 2024 to 12 patients diagnosed with Gambling Addiction at the SerD of Palestrina. Of the 12 patients, 10 remained abstinent after 1 year. The patients who did not benefit from the treatment abandoned it during the therapeutic process. ■

Keywords: Psychological treatment of gambling disorder, Cognitive-behavioral therapy, Dialectical-behavioral therapy, Mindfulness, Craving, Group psychotherapy.

Articolo sottomesso: 25/05/2025, accettato: 16/06/2025

* Dirigente psicologa, DSMDP ASL Roma 5, Ser.D. Palestrina.

Introduzione

Benché fonte di piacere di per sé legittimo, il gioco d'azzardo può tuttavia assumere, per alcuni soggetti vulnerabili, la connotazione di un vero disturbo psichiatrico, caratterizzato da una perdita di controllo sul comportamento di gioco che si traduce in devastanti emorragie economiche, compromissioni del funzionamento psicologico e dell'adattamento personale e sociale di chi ne è affetto, smantellamento di famiglie e perdita di fortune. Nelle vesti di "disturbo psichiatrico", che necessita di diagnosi, cura e riabilitazione, il DSM 5 (APA, 2013) lo colloca nella categoria delle cosiddette dipendenze comportamentali, all'interno della sezione "*Disturbi Correlati a Sostanze e Disturbi da Addiction*". La ricerca scientifica ha infatti rilevato come le analogie tra il gioco d'azzardo patologico e le dipendenze chimiche vadano ben al di là della fenomenologia comportamentale, interessando anche il substrato neurologico (Conversano *et al.*, 2012, Serpelloni *et al.*, 2013). Nonostante vi siano evidenze sulla possibile remissione spontanea del disturbo in circa il 35% delle persone, più frequentemente il decorso è cronico (Slutske, 2006). Sebbene l'uso di farmaci stia ricevendo costantemente attenzione nella ricerca clinica (Di Nicola *et al.*, 2020), ad oggi ancora nessuna farmacoterapia ha una indicazione formale per il Disturbo da Gioco d'Azzardo (Kraus, Etuk & Potenza, 2020); l'intervento psicologico rimane l'approccio di elezione al trattamento (Potenza *et al.*, 2019). Tra le varie forme di intervento psicologico erogate ai pazienti con GAP, le più recenti meta-analisi evidenziano come la terapia cognitivo-comportamentale abbia, rispetto ad altre forme di psicoterapia, un *effect size* (indice di efficacia) significativamente maggiore (Yakovenko *et al.*, 2015; Ginley & Rash, 2017). Una meta analisi condotta da Pfund e collaboratori nel 2023 ha indicato che la CBT ha ridotto significativamente il numero di giorni di gioco, la quantità di denaro scommesso e la gravità del Disturbo da Gioco d'Azzardo al post-trattamento rispetto ai controlli minimamente trattati (brevi consigli) ed inattivi (lista d'attesa). Nel 2023 Eriksen e collaboratori hanno condotto una revisione della letteratura scientifica ed una meta-analisi volta ad indagare l'efficacia delle diverse forme di psicoterapia nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo includendo per la prima volta nello studio solo gli RCT per massimizzare la qualità della evidenza (Eriksen *et al.*, 2023). Confermando quanto osservato in precedenti meta-analisi (Cowlshaw *et al.*, 2012; Goslar *et al.*, 2017), è emerso che la terapia cognitivo comportamentale è associata alle maggiori prove di efficacia, seguita dalla CBT combinata con l'intervista/colloquio motivazionale. La maggior parte delle persone affette da DGA, dopo aver completato i percorsi di Terapia Cognitivo Comportamentale e la verifica del follow-up, mostra: (a) una riduzione dei criteri per soddisfare la diagnosi del disturbo; (b) una diminuzione del craving; (c) una maggiore astinenza; (d) una riduzione della frequenza e dell'intensità dei comportamenti di gioco e (e) un miglioramento della qualità della vita (McIntosh *et al.*, 2017; Menchon *et al.*, 2018, Bodor *et al.*, 2021). Promettenti sembrano gli interventi cognitivo comportamentali di terza generazione che includono l'introduzione nei protocolli CBT manualizzati di elementi e tecniche di mindfulness, quali la Mindfulness-Enhanced Cognitive Behavior Therapy (Toneatto *et al.*, 2014) e/o di strategie dell'ap-

proccio Dialettico Comportamentale (Linehan, 2014) orientati a promuovere migliorare l'autocontrollo e l'autoregolazione emotiva (Jiménez *et al.*, 2015). Scopo del presente lavoro è quello di presentare un percorso di psicoterapia di gruppo innovativo nel trattamento del Disturbo perché integra strumenti e tecniche sia di matrice cognitivo comportamentale che di natura dialettico comportamentale nella gestione del *craving*, fattore centrale nel mantenimento della dipendenza patologica.

Il Disturbo da Gioco D'Azzardo nel modello Cognitivo-Comportamentale

Gli autori di matrice cognitivo comportamentale definiscono il gioco d'azzardo come un comportamento maladattivo appreso mediante i meccanismi di condizionamento classico ed operante. Il condizionamento operante ha spesso un valore iniziatico nella storia del giocatore d'azzardo. Di solito è presente una grossa vincita (big win) che innesca il nuovo repertorio comportamentale. Il condizionamento è insito nella azione stessa del gioco ed è dovuto al fatto che si stabilisce un nesso di tipo associativo tra il "puntare" (stimolo neutro) e la vincita (rinforzo positivo) costituendo così uno schema comportamentale. Vi sono poi altri stimoli situazionali ed ambientali che mantengono il comportamento di gioco funzionando come premi e rinforzi; è il caso dei rinforzi di tipo sociale che si possono ottenere frequentando sempre la stessa sala giochi o la sensazione di apparente benessere provato da persone che giocando ricevono un rinforzo negativo emotivo potente di sollievo da preoccupazioni e stati d'animo negativi che spesso rappresentano l'innescio del comportamento di gioco (Battersby *et al.*, 2008; Sharpe & Terrier, 1993). Dalla fase iniziatica si passa al consolidamento del comportamento acquisito attraverso il rinforzo intermittente, ovvero l'esperienza della vincita saltuaria. Il rinforzo intermittente risulta essere il più potente nel consolidare il comportamento appreso. Skinner (1948) aveva sottolineato come gli uomini, di fronte a questo modello di rinforzo intermittente, possono interagire sviluppando comportamenti superstiziosi e idee irrazionali che acquistano un valore rinforzante e che, a lungo andare mantengono il comportamento anche in assenza di rinforzi diretti. Se la teoria comportamentale ha delineato i meccanismi responsabili dell'insorgenza e del mantenimento del comportamento disfunzionale di gioco, quella cognitiva ha illustrato come alcune distorsioni cognitive, presenti nella mente del giocatore contribuiscano a mantenere attivo il comportamento di gioco. Tali credenze sono difficili da individuare e, almeno all'inizio, impossibili da fronteggiare poiché il soggetto non ne è direttamente consapevole, configurandosi le stesse come degli automatismi cognitivi. Le distorsioni cognitive legate al gioco d'azzardo possono essere concettualizzate come convinzioni errate, apprese, che facilitano il coinvolgimento ripetuto nel gioco nonostante le perdite (Raylu & Oei, 2004). In quanto tali, esse hanno un ruolo cruciale nello sviluppo e nel mantenimento di comportamenti di gioco problematici (Ladocuer, 1996; Raylu *et al.*, 2016). In letteratura sono presenti differenti classificazioni delle distorsioni cognitive legate al gioco d'azzardo. Ad esempio, Toneatto *et al.* (1997) ne hanno proposto tre tipologie: *l'illusione di controllo*, che implica la convinzione di poter controllare i risultati attraverso la messa in atto di rituali o il possesso di oggetti fortunati; il controllo predittivo, ovvero la credenza di poter prevedere gli esiti del gioco sulla base di modelli precedenti; *i pregiudizi interpretativi*, che deter-

minano una riformulazione delle proprie esperienze, che causa un ricordo selettivo delle vittorie, a discapito delle perdite, che vengono dunque dimenticate. Nel 2004, Raylu e Oei hanno proposto due ulteriori distorsioni: le aspettative legate al gioco, che implicano la convinzione che il gioco determinerà una sensazione di benessere, e l'incapacità di smettere di giocare, che si riferisce all'impotenza di poter controllare e/o modificare il proprio comportamento problematico. Le distorsioni appena descritte sono state formalizzate in uno strumento di autovalutazione e costituiscono le sotto-scale della *Gambling Related Cognition Scale* (GRCS; Raylu & Oei, 2004; validazione italiana Ilceto *et al.*, 2014, 2015). Le distorsioni cognitive implicate nel gioco d'azzardo sembrano essere correlate alla gravità del comportamento; difatti, all'aumentare di quest'ultimo, aumenta l'intensità delle distorsioni legate al gioco (Romo *et al.*, 2016). Tutti i protocolli di terapia cognitivo comportamentale (Ladouceur *et al.*, 2002; Petry, 2005; Raylu & Oei, 2010) considerano quali elementi necessari nel trattamento del disturbo la psicoeducazione, l'analisi funzionale del comportamento di gioco, la modifica delle distorsioni cognitive, il fronteggiamento del craving, lo sviluppo di nuove abilità di coping e di soluzione di problemi, l'acquisizione di abilità sociali e l'apprendimento di tecniche di prevenzione delle ricadute. I vantaggi dell'utilizzo della TCC si riferiscono al fatto che si tratta di una terapia ben strutturata, che viene effettuata per un periodo di tempo limitato, richiede costi limitati e produce benefici a lungo termine con percentuali di successo, come evidenziato dalla letteratura scientifica, molto più alte rispetto ad altre forme di psicoterapia.

Trattare il Disturbo da Gioco d'Azzardo con la Mindfulness

Mindfulness significa portare attenzione al momento presente in modo curioso e non giudicante (Kabat-Zinn, 1994). Kabat-Zinn (1985, 1990) è stato il pioniere dell'implementazione della mindfulness nella medicina occidentale attraverso lo sviluppo del suo programma di riduzione dello stress basato sulla mindfulness, Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), orientato ad aiutare pazienti affetti da dolore cronico e una varietà di altri problemi medici (infezione da HIV, problemi cardiaci, ecc.). L'obiettivo dell'approccio MBSR è che i clienti diventino consapevoli e accettino, senza giudizio, la loro esperienza del momento presente e imparino a vedere i pensieri negativi e le emozioni dolorose come eventi mentali passeggeri. Tale pratica permette ai pazienti di fare un passo indietro, di stoppare le loro risposte automatiche, interrompendo il pensiero ruminativo ed evitando che stati mentali ed emotivi negativi diventino stabili quando si presentano. Marlatt (1985) è stato uno dei primi ricercatori nel campo delle dipendenze a riconoscere il potenziale dell'uso della meditazione come strategia di coping per gli individui con dipendenza da alcol che erano a rischio di ricaduta. Essa viene pensata come un'abilità di coping affettivo poiché aiuta i pazienti a mantenere la distanza dalle loro cognizioni ed emozioni, tramite due processi chiamati decentramento (Hofmann, 2012) e distanziamento (Hayes, 2012). I pazienti imparano a vivere nel qui ed ora e che le loro cognizioni ed emozioni sono solo eventi mentali, piuttosto che fatti. I pazienti apprendono anche che ciascun momento è unico e che l'angoscia emotiva provata in un dato momento non implica necessariamente angoscia emotiva in momenti successivi. Uno degli effetti più significativi della pratica rego-

lare della meditazione è lo sviluppo della consapevolezza, la capacità di osservare il processo continuo dell'esperienza senza allo stesso tempo identificarsi con il contenuto di ogni pensiero, sentimento o immagine. La consapevolezza è un'abilità cognitiva particolarmente efficace per la pratica della prevenzione delle ricadute. Se i clienti possono acquisire questa capacità attraverso la pratica regolare della meditazione, possono essere in grado di 'distaccarsi' dal craving e dalle emozioni intense e i pensieri disfunzionali che spesso lo attivano. Bowen (Bowen e coll., 2009a) ha introdotto la Mindfulness nel trattamento delle dipendenze, realizzando un programma di prevenzione della ricaduta denominato MBRP-Mindfulness Based Relapse Prevention. Obiettivo del trattamento è modificare il rapporto che l'individuo ha con se stesso, osservandosi senza giudicarsi, riconoscendo i propri processi cognitivi-affettivi che lo inducono a comportarsi in maniera disfunzionale aiutandolo a sviluppare la capacità di mentalizzare i propri stati affettivi, senza regolarli attraverso l'uso di sostanze. L'atteggiamento non giudicante facilita anche la riduzione dei sentimenti di colpa e di fallimento durante il periodo della ricaduta. Bowen e collaboratori (Bowen, Chawla & Marlatt, 2010) hanno notato che, adoperando la mindfulness con i pazienti che usano il gioco come modulatore delle emozioni e come strategia disfunzionale di adattamento alla realtà, diminuiva nei giocatori la "ruminazione mentale" associata al gioco e il potere dei triggers di attivare la messa in atto del comportamento di gioco. Toneatto (2007) sostiene che, per il giocatore, imparare a relazionarsi in modo diverso, più consapevole e meno respingente, con i propri pensieri sul gioco d'azzardo può essere altrettanto importante, se non più importante, che sfidare il contenuto specifico dei pensieri. Bowen *et al.* (2011) utilizza un'analogia di "urge surfing" per aiutare i clienti a far fronte all'intensità del craving. Cavalcare l'onda del craving (ad esempio, l'impulso di giocare d'azzardo) è come cavalcare una tavola da surf senza essere sommersi dall'intensità dell'onda. L'idea è che attraverso questo esercizio di meditazione, i pazienti diventano consapevoli delle sensazioni corporee, i pensieri e le emozioni coinvolti nel craving senza esserne governati. L'effetto atteso è quello di ridurre la durata, l'intensità e l'importanza del desiderio di giocare d'azzardo. Ad oggi non ci sono studi clinici controllati randomizzati sulla efficacia dell'utilizzo della sola Mindfulness nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo (Dowling & Allen, 2012). In uno studio della psichiatra canadese Diane McIntosh e colleghi (2017), sono stati messi a confronto l'efficacia della CBT attraverso la formulazione e la condivisione del caso, i protocolli classici e la MBCT per trattare il GAP. Tutti e tre gli interventi hanno ottenuto miglioramenti significativi a tre e sei mesi di follow-up. La Mindfulness è stata più efficace dei classici protocolli CBT nel ridurre la gravità del Disturbo da Gioco d'Azzardo, l'impulso a giocare e i sintomi psichiatrici alla fine del trattamento. Al follow-up di 3 mesi i risultati sono stati mantenuti. Gli autori hanno concluso che un breve intervento integrato di Mindfulness, psicoeducazione e CBT, possono essere un utile complemento rispetto ai soli protocolli CBT, favorendo la riduzione della ruminazione e la soppressione del pensiero disfunzionale automatico. Gli elementi della Mindfulness da utilizzare nel trattamento sono i seguenti: la pratica di consapevolezza sul momento presente, la tecnica dell'urge surfing (Harris, 2017), l'accettazione ed il lasciar andare, l'osservazione non giudicante, la respirazione consapevole e l'immagine guidata, che incoraggia le persone a visualizzare scene pacifiche

o risultati positivi non correlati al gioco d'azzardo, che possono alleviare lo stress e ridurre le voglie. Questa tecnica offre anche l'opportunità di sostituire i pensieri relativi al gioco d'azzardo con immagini più costruttive.

La DBT nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo

Sviluppata dalla psicologa Marsha Linehan e dai suoi colleghi negli anni '80, la Terapia Dialettico Comportamentale, in gran parte basata sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT), è stata utilizzata per trattare prioritariamente soggetti con ideazione suicidaria cronica (Linehan, 1987, 1993a, 1993b). Successivamente, la DBT è stata adattata per l'uso con individui con disturbo da uso di sostanze gravi e disturbo borderline di personalità (Linehan *et al.*, 1999, 2002), una delle doppie diagnosi più comuni nell'abuso di sostanze e nella pratica clinica della salute mentale. Scopo della terapia DBT è aiutare i pazienti sofferenti a costruire una vita "degnata di essere vissuta" (Linehan, 2021). La DBT incorpora tecniche cognitivo-comportamentali standard per la regolazione delle emozioni con concetti influenzati dalla pratica meditativa buddista, come la consapevolezza e l'accettazione. La principale differenza tra CBT e DBT è che mentre la prima, attraverso un approccio strutturato, si concentra principalmente sul cambiamento di pensieri, convinzioni e comportamenti disfunzionali e sullo sviluppo di modi di pensare più equilibrati e costruttivi, la DBT include una forte enfasi sulla validazione del paziente e della sua sofferenza e sugli aspetti emotivi e sociali, con particolare attenzione alla gestione delle emozioni e al miglioramento delle relazioni interpersonali. La DBT integra la mindfulness come componente fondamentale, che aiuta gli individui a diventare più consapevoli e presenti nel momento, aumentando così il loro controllo sulle loro azioni. La parola *dialettica* si riferisce alla sintesi di due opposti. Il principio fondamentale della DBT è quello di creare una dinamica che promuova due obiettivi opposti per i pazienti: il cambiamento e l'accettazione. Attraverso esercizi specifici, la terapia DBT si concentra sulla promozione di quattro abilità chiave: consapevolezza, autoregolazione emotiva, tolleranza della sofferenza, efficacia interpersonale. Ad oggi, i risultati di alcuni studi randomizzati controllati (RCT) supportano l'efficacia della DBT nel ridurre una serie di problemi comportamentali, tra cui tentativi di suicidio e comportamenti autolesionistici (Koons *et al.*, 2001; Linehan *et al.*, 1991, 2006; Linehan, Heard & Armstrong, 1993; van den Bosch *et al.*, 2005; Verheul *et al.*, 2003), l'abuso di sostanze (Linehan *et al.*, 1999, 2002), la bulimia (Safer, Telch & Agras, 2001), le abbuffate (Telch, Agras & Linehan, 2001) e la depressione negli anziani (Lynch *et al.*, 2003). Cristensen e collaboratori (2013) hanno condotto il primo studio volto a valutare l'efficacia di un trattamento breve di terapia Dialettico Comportamentale erogato a 14 giocatori d'azzardo problematici, resistenti al trattamento, con un focus sulla misurazione del cambiamento nelle 4 abilità chiave della DBT. Sebbene non vi siano stati miglioramenti significativi nella misurazione del comportamento di gioco, l'83% dei partecipanti è rimasto in astensione e/o ha ridotto la spesa per il gioco d'azzardo dopo il trattamento. I partecipanti hanno inoltre riportato miglioramenti statisticamente e clinicamente significativi nelle dimensioni del disagio psicologico, consapevolezza, e tolleranza dell'angoscia.

Il trattamento di psicoterapia di gruppo effettuato presso il Ser.D. di Palestrina

Il Ser.D. di Palestrina ha progressivamente registrato, a partire dall'anno 2018, un sensibile incremento di richieste di trattamento da parte di persone con problemi di gioco d'azzardo patologico. Il percorso di cura proposto, dopo la necessaria fase di accesso e valutazione multidisciplinare, è composto da interventi di counseling di tipo supportivo e motivazionale, interventi di psicoeducazione, interventi di psicoterapia individuale e/o di gruppo, interventi di reinserimento sociale ed eventuale terapia farmacologica. Per la valutazione di presenza e gravità del Disturbo da Gioco d'Azzardo, oltre ai colloqui clinici, si fa riferimento ai criteri diagnostici del DSM 5 (APA, 2013) e a specifici strumenti diagnostici, riportati nella tabella seguente.

Tab. 1 - Strumenti per l'assessment del GAP negli ambulatori del Ser.D. della Asl Roma 5

Strumento	Finalità
pG – CGI <i>Pathological Gambling – Clinical Impression Scale</i> (Hollander, 1998; Capitanucci, 2004)	Griglia di valutazione della gravità del disturbo e il miglioramento nel corso del trattamento; compilata dall'operatore. Una parte del test permette anche di valutare l'impressione del paziente che si esprime sul suo vissuto.
ABQ <i>Addictive Behavior Questionnaire</i> (Caretti <i>et al.</i> , 2016)	Questionario self report a 146 item. Consente la formulazione di un Disturbo additivo secondo le indicazioni fornite dal DSM 5. Consente di valutare la gravità del craving e la presenza e gravità di diverse condizioni psicologiche indicate dalla letteratura come fattori di rischio per lo sviluppo ed il mantenimento di un comportamento additivo.
GRCS <i>Gambling Related Cognition Scale</i> (Raylu & Oei, 2004; Ilceto <i>et al.</i> , 2014)	È un questionario autosomministrato composto da 23 item disposti su una scala Likert a 7 punti (da completamente in disaccordo a completamente in accordo). Misura 5 dimensioni: aspettative dal gioco, illusione di controllo della sorte, controllo predittivo dell'esito, incapacità a smettere di giocare, distorsioni interpretative.
<i>Gambling Follow up Scale</i> (De Castro <i>et al.</i> , 2005; Bellio & Fiorin, 2015)	Questionario specificatamente sviluppato per misurare l'impatto del trattamento secondo un'ottica dimensionale. Somministrabile come self report o intervista semi strutturata. Ha 5 item e copre una finestra temporale di 4 settimane.
SCL 90 R <i>Symptom Checklist – 90 - Revised</i> (De Rogatis, 1994; Sarno <i>et al.</i> , 2011)	Questionario autosomministrato a 90 item. Valuta un ampio spettro di problemi e di sintomi psicopatologici misurando tanto i sintomi internalizzanti (depressione, ansia, somatizzazione) tanto quelli esternalizzanti (aggressività, impulsività, ostilità).

Gli stessi strumenti diagnostici vengono somministrati ai pazienti alla fine del percorso psicoterapeutico.

Il gruppo

La psicoterapia di gruppo è da tempo considerata il trattamento di elezione delle diverse forme di dipendenza patologica (Cooper, 1987; Flores, 1988). Yalom (1995) ha individuato una serie di fattori terapeutici trasversali, comuni alle diverse forme di psicoterapia di gruppo, che rendono il gruppo stesso curativo; i seguenti: infusione di speranza, universalità (percezione di poter condividere tutti i sintomi), informazione, altruismo, comportamento imitativo, sviluppo di tecniche di socializzazione. Il gruppo favorisce la normalizzazione del disturbo, l'apprendimento per imitazione, riduce lo stigma ed amplia le strategie di problem solving. Rispetto alla psicoterapia individuale il gruppo costituisce una vera forma di supporto sociale; aiuta ad alleviare il senso di isolamento, il disagio e l'ansia presenti nel giocatore. Esso facilita, inoltre, la ristrutturazione cognitiva poiché potendo ascoltare le convinzioni erronee presenti negli altri giocatori il paziente può riconoscerle come operanti anche in se stesso e può più facilmente metterle in discussione. Le caratteristiche peculiari di una psicoterapia di gruppo ad orientamento cognitivo-comportamentale sono le seguenti: lavora sul qui ed ora (in termini di funzionamento del paziente), è orientata al problema, si concentra su problemi specifici ed identifica obiettivi concreti, lavora sul rapporto tra pensieri, emozioni e comportamenti, è più breve rispetto ad altre forme di psicoterapia grupppale.

Il percorso proposto; materiali e metodi

Il percorso di psicoterapia di gruppo proposto si basa, in quanto a contenuti, sulle sessioni dei modelli trattamentali di Ladouceur (2002), Petry (2005), Ralyou (2010) e Blaszczynski (2010) integrati da strumenti di matrice mindfulness e strategie della terapia dialettico comportamentale (Linehan, 2014). Il programma proposto si articola in incontri bisettimanali di un'ora e trenta ciascuno e si divide in 7 moduli più di 3 sessioni di follow-up; dopo 1 mese, 3 mesi e 6 mesi dal completamento. Ogni modulo può essere svolto in due (o più) sessioni. Gli obiettivi principali del programma di trattamento sono i seguenti:

- decondizionare le situazioni che inducono il comportamento del gioco d'azzardo;
- addestrare il paziente ad acquisire ed utilizzare strategie per ridurre o estinguere il comportamento di gioco;
- modificare pensieri, credenze, convinzioni e atteggiamenti verso il gioco d'azzardo;
- promuovere alternative comportamentali che generano un nuovo stile di vita.

Modulo 1. La passione per il gioco

Nel corso delle prime sessioni lo psicoterapeuta che conduce gli incontri di gruppo presenta il percorso di psicoterapia e le sue finalità ed esplicita le regole di partecipazione alle sedute di gruppo. Ai partecipanti viene chiesto di fornire una presentazione di sé e delle personali motivazioni legate alla decisione di partecipare agli incontri. Attraverso la psicoeducazione vengono fornite ai pazienti tutte le informazioni utili che possono aiutarli a conoscere meglio il loro disturbo. Tra i tanti obiettivi, il primo da acquisire è il concetto di *disturbo*, alternativo a quello di *vizio* anche al fine di ridurre il senso di colpa che i giocatori patologici hanno verso se stessi e i propri familiari. I familiari

stessi, quando comprendono che il paziente è affetto da un disturbo anziché dedicarsi ad un vizio, adottano nei suoi confronti un atteggiamento meno giudicante, con iniziale riduzione del clima di emotività espressa in famiglia. La psicoeducazione offre al giocatore una ricca quantità di informazioni sul concetto di azzardo, sulla regola che il banco vince sempre, e sui "trucchi" utilizzati dai gestori dei dispositivi di gioco per avvicinare quante più persone possibili. Vengono poi esplorati e messi a fuoco gli elementi personali che hanno dato il via al gioco d'azzardo e al suo mantenimento. Con l'esercizio *La Passione per il Gioco* (Ladouceur, 2000; Capitanucci & Carlevaro, 2004) viene chiesto di pazienti di annerire l'interno di un cerchio vuoto per rappresentare lo spazio che il gioco d'azzardo occupa nelle loro vite e le conseguenze che ha determinato. Un esercizio simile a quello sopra menzionato è quello in cui si chiede al giocatore di compilare una scheda volta ad indagare in che modo il comportamento di gioco ha influenzato (positivamente o negativamente) la sua salute fisica, emotiva, economica, la vita familiare e sociale. Nella fase iniziale del percorso di cura è centrale persuadere i pazienti a riconoscere l'esistenza del problema attraverso la compilazione di schede che indagano quale sia "*La motivazione a smettere di giocare*" (Ladouceur, 2000; Capitanucci & Carlevaro, 2004). Con la tecnica della *Bilancio Decisionale* (Ladouceur & Lachance, 2007; Fiorin & Gaddi, 2013) viene chiesto ai giocatori di effettuare una valutazione comparativa dei pro e dei contro del cambiamento desiderato. Quando i giocatori hanno riconosciuto di avere un problema con il gioco e accettano le condizioni del trattamento proposto viene stabilito un contratto comportamentale, attraverso la scheda "*Recovery Plan*" (Houmanfar et al., 2003) tra paziente, terapeuta e co-terapeuta. Questo mini-contratto specifica gli obiettivi del trattamento e gli impegni concordati dalle parti. Al fine di contrastare l'emorragia economica in corso, sin dal primo incontro di gruppo bisogna lavorare con i pazienti sulla adozione di comportamenti protettivi. I debiti contratti tramite il gioco d'azzardo e la mancanza di disponibilità economica sono un'altra fonte di disagio e spesso causano ricadute (Mathew & Volberg, 2013), quindi sarà necessario intervenire per aiutare i pazienti a risolvere i problemi economici. Ciò può essere realizzato attraverso tecniche comportamentali di controllo dello stimolo; tali tecniche mirano a modificare le condizioni ambientali che inducono o facilitano il gioco d'azzardo con l'obiettivo di impedire al paziente di giocare d'azzardo (Echeburúa et al., 1996). Le tecniche più rilevanti sono le seguenti:

- evitare di avere denaro contante; una persona di fiducia deve gestire il denaro del paziente e dargli solo ciò di cui ha bisogno. Il paziente deve giustificare qualsiasi spesa tramite ricevute;
- annullare le carte di credito e/o debito e qualsiasi altro strumento per ottenere denaro elettronicamente (conti Pay Pal, Poste Pay, ecc.);
- auto escludersi dai siti web di gioco d'azzardo, che sono spesso inclusi nei protocolli di gioco responsabile delle società di gioco d'azzardo e sono anche forniti dal Governo;
- non entrare nei luoghi dove sono presenti dispositivi legati al gioco d'azzardo; non entrare nei siti web di gioco d'azzardo e formattare il computer per eliminare i cookie delle società di gioco d'azzardo;
- stabilire un piano di pagamento per saldare i debiti contratti anche con i parenti più stretti come i genitori. Nel caso di debiti verso creditori o entità finanziarie, potrebbe essere necessario indirizzare i pazienti ad una consulenza legale.

Può essere utile compilare un modello di *Patto di Autotutela*, adattato alle esigenze di ogni giocatore, che raccoglie tutte le

possibili limitazioni concordate con il giocatore (Fiorin & Gaddi, 2015). L'evitamento di situazioni stimolo e ad alto rischio e le altre misure concordate sono contemplate solo nella fase iniziale e mirano ad ostacolare l'insorgere di comportamenti di gioco d'azzardo ormai diventati una abitudine. A poco a poco queste misure saranno ridotte se il giocatore affronterà gli stimoli attivanti il gioco con le strategie di controllo apprese.

Modulo 2. Il mio gioco

Obiettivo di questo modulo, da realizzarsi in due o più sessioni, è attivare nei giocatori le capacità di auto-monitoraggio ed auto-osservazione del loro comportamento di gioco e delle situazioni di rischio, definire la percezione che il giocatore ha della propria efficacia nella gestione delle situazioni di rischio e il senso di controllo sui comportamenti di gioco, e iniziare la formazione sulle strategie di fronteggiamento. Un ruolo centrale per la terapia comportamentale del gioco d'azzardo è occupato dall'*Analisi Funzionale del Comportamento*, una metodica di tipo osservativo capace di individuare gli antecedenti (luoghi, persone, pensieri, emozioni), i conseguenti e la possibile funzione o scopo del comportamento (Skinner, 1953); è uno strumento molto potente ed efficace perché permette ai giocatori di dividere e scomporre il comportamento di gioco e/o la ricaduta nelle singole fasi che lo hanno determinato. Solitamente, è sufficiente chiedere al giocatore di analizzare l'ultima giocata e sulla scorta del racconto si possono ricavare innumerevoli informazioni e rendere consapevoli i pazienti del circolo vizioso del comportamento di gioco. Ci sono situazioni in seguito alle quali o all'interno delle quali è molto difficile per un giocatore non emettere il comportamento di gioco; queste situazioni vengono chiamate nella letteratura internazionale (dizionario APA, 2019), *triggers*, cioè "innesco" o "grilletto". Si tratta di stimoli interni (emozioni, pensieri) e/o esterni (luoghi, persone etc.) capaci di attivare la catena di comportamenti che conducono a giocare (Asensio et al., 2020). Ai giocatori viene richiesto inoltre di compilare un diario delle situazioni e dei fattori di rischio, con la scheda *Scopri Cosa Attiva e Disattiva il tuo Gioco d'Azzardo* (Petry, 2005; Fiorin & Gaddi, 2015), così da avere un quadro di tutti gli stimoli (interni o esterni) che attivano il comportamento di gioco e conseguentemente a trovare alternative possibili. Uno dei modi per ridurre il comportamento di gioco è rafforzare i comportamenti alternativi (Wallace & Robles, 2003).

Modulo 3. Craving, strumenti di gestione

Obiettivo di questo modulo è dare ai giocatori informazioni e strumenti di gestione del craving. Come nei Disturbi da Uso di Sostanze il Disturbo da Gioco d'Azzardo è caratterizzato dal craving, inteso come urgenza e/o brama e/o desiderio incontrollabile ed irrefrenabile di giocare (APA, 2019). Secondo alcuni studiosi, il craving gioca un ruolo predittivo in relazione alla gravità del gioco d'azzardo (Ciccarelli et al., 2019; Hawker et al., 2021; Quintero et al., 2020). Inoltre, il desiderio sembra essere correlato agli aspetti cognitivi alla base del gioco d'azzardo. In particolare, il forte e urgente desiderio di giocare d'azzardo è associato a maggiori distorsioni cognitive legate al gioco d'azzardo e a percezioni positive del gioco d'azzardo (Ashrafioun & Rosenberg, 2012). Questa relazione è particolarmente importante in quanto le distorsioni cognitive svolgono un ruolo centrale nel meccanismo che spiega il comportamento di gioco e il gioco d'azzardo problematico (Cornil et al., 2018). Il

craving è una sensazione molto sgradevole e difficile da affrontare e costituisce il fattore centrale del mantenimento della dipendenza. L'impulso verso il gioco può essere attivato da situazioni ambientali, sensazioni fisiche, emozioni e sentimenti. A livello esperienziale si manifesta sul piano somatico, cognitivo ed emotivo. È importante ricordare ai giocatori che il craving non è perenne ma ha una durata limitata; di solito ha un inizio graduale, un picco di intensità ed una diminuzione graduale sino alla scomparsa come un'onda. Il protrarsi del fenomeno si verifica soprattutto se viene alimentato da pensieri e fantasie del giocatore inerenti il gioco stesso (Månsson et al., 2022). Un importante strumento di auto-osservazione e di monitoraggio è il *Diario dei Craving* (Fiorin & Gaddi, 2015), che permette al giocatore di registrare pensieri, sensazioni, emozioni e l'intensità del craving su una scala da 0 (assenza di craving) a 10 (craving non controllabile) e gli elementi conseguenti. Il diario del craving va compilato ogni volta che il giocatore sente il desiderio di giocare; assegnare un voto alla intensità della esperienza è una informazione molto utile per imparare a gestire l'impulso. Il *Calendario del craving* (Fiorin & Gaddi, 2015) aiuta il giocatore a registrare i giorni in cui ha avvertito craving e il livello più intenso che ha sperimentato, su una scala da 0 (assenza di craving) a 10 (craving incontrollabile). Il giocatore può in tal modo osservare che, con il prolungarsi della astensione, il craving diminuisce in intensità, durata e frequenza. Dopo aver analizzato l'esperienza del craving occorre sviluppare e far adottare ai pazienti adeguate tecniche di fronteggiamento. Tra le strategie di gestione craving, la letteratura scientifica recente (Matheson et al., 2019), indica le seguenti:

- evitamento comportamentale delle situazioni attivanti; si stila con i giocatori una lista di comportamenti positivi alternativi al gioco, in caso di craving.
- *Tecnica dell'Urge Surfing* (Marlatt & Gordon, 1985): tale tecnica, di stampo mindfulness, paragona il desiderio di giocare a un'onda molto alta e potente che con il tempo però si riduce fino a scomparire. L'individuo è incoraggiato a "immaginare gli impulsi come onde" e immaginare di cavalcarli come fluiscono e rifluiscono naturalmente, piuttosto che combattere l'impulso o cedere ad esso, usando il respiro come una tavola da surf per cavalcare l'onda.

Nella terapia dialettico comportamentale, quando la situazione emotiva è "fuori controllo", possono essere utilizzate le "Abilità di Tolleranza dello Stress", quali la tecnica dello *STOP*, *L'Analisi dei Pro e dei Contro*", le abilità *TIPPS*, la *Distrazione* e le *Attività Auto-Calmanti* (Linehan, 1993, 2014). Queste stesse abilità, nel paziente con Disturbo da Gioco d'Azzardo, consentono, attraverso la promozione di effetti psicofisiologici ottenuti rapidamente, di moderare e ridurre l'attivazione fisica, fisiologica ed emotiva che sperimenta durante il craving, e di farlo nell'arco temporale di pochi minuti, rendendo il disagio più tollerabile e la mente lucida per poter ricominciare a pensare padroneggiando meglio le strategie di reazione. Può essere utile, per i giocatori, ed anzi è raccomandato scrivere le strategie di fronteggiamento comportamentali su un foglio da portare sempre con sé. Tra le tecniche di fronteggiamento del craving di tipo cognitivo vi è la *Ristrutturazione dei pensieri disfunzionali* associati al craving, che bloccano e mantengono il giocatore ancorato alla sua dipendenza.

Modulo 4. Giochi, illusioni ed inganni della mente

Obiettivo di questo modulo è far conoscere ai giocatori d'azzardo cosa sono e come agiscono le distorsioni cognitive, quali

sono presenti nella loro mente e gli strumenti atti a modificarle. La conoscenza e l'analisi delle distorsioni cognitive del giocatore patologico assumono un ruolo di fondamentale importanza in quanto esse rappresentano la base cognitiva su cui il giocatore struttura e mantiene il suo comportamento patologico.

L'analisi dei racconti e dei dialoghi dei giocatori è, di per sé, uno strumento prezioso per il conduttore dei gruppi. Un ulteriore strumento utile per far emergere le distorsioni cognitive presenti nei giocatori è la *Gambling Related Cognition Scale* (Raylu & Oei, 2004; Illceto & Fino, 2014; Illceto et al., 2015). Si tratta di un questionario self-report che misura 5 variabili: aspettative dal gioco, illusione di controllo della sorte, controllo predittivo dell'esito, incapacità a smettere di giocare, distorsioni interpretative. Quando il giocatore arriva a riconoscere le proprie distorsioni cognitive e le conseguenze che hanno sulle proprie decisioni si può iniziare il lavoro di ristrutturazione cognitiva che è il nucleo centrale del processo terapeutico. In questo modulo possono essere ulteriormente approfonditi con i giocatori i concetti di *caso* e *probabilità* e può essere fornito loro materiale psicoeducativo inerente le reali probabilità di vincita associate ai diversi dispositivi di gioco, reperibile on line presso l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli. Pochi sanno ad esempio che la reale probabilità di indovinare una sestina al Super Enalotto è pari, 0,000000016, una misura molto vicina all'impossibile che è pari a 0.

Modulo 5. Riorganizzare il tempo

Il tempo è una variabile importante; è uno dei livelli di gravità del disturbo e, durante il trattamento, è un fattore utile a monitorare e comprendere l'esposizione al condizionamento. È opportuno informare i giocatori che attivando la sospensione del gioco andranno incontro ad alcuni importanti fenomeni quali: un risparmio di denaro, un recupero di tempo, un recupero di energie. Il tempo tuttavia, se non adeguatamente strutturato, così come la solitudine possono rappresentare, almeno nel primo periodo, un fattore di rischio per la ricaduta, soprattutto nei casi di ricomparsa di episodi di craving che può contribuire a sollecitare (Jackson et al., 2023). Strutturare le proprie giornate con nuove attività, alternative al gioco, si pone come potente rinforzo positivo e alternativo al gioco. Occorre verificare come i pazienti gestiscono le loro giornate partendo da una *Scheda settimanale delle attività* (Bellio et al., 2011). Occorre altresì indagare quali erano gli interessi e le passioni che i pazienti avevano prima del gioco e/o svilupparne di nuovi. Per i pazienti che hanno difficoltà si può proporre loro una lista di attività piacevoli da sperimentare.

Modulo 6. Essere efficaci: sviluppo di abilità relazionali e di problem solving

Il giocatore patologico spesso giunge, ancor prima di chiedere il trattamento, ad una situazione di isolamento sociale e talvolta familiare che si è determinato a causa o come conseguenza del manifestarsi del disturbo, con una atrofizzazione di alcune delle più essenziali funzioni sociali. Spesso molti pazienti per vissuti di colpa e/o di vergogna tendono ad isolarsi perdendo in tal modo anche relazioni significative che possono attenuare stati d'animo negativi. In altri casi la mancanza di abilità sociali, la presenza di stili di comunicazione disfunzionali (passivo vs aggressivo) e scarse abilità di coping, in occasione di conflitti o

di eventi avversi, agiscono come triggers della condotta di gioco. Queste sessioni sono rivolte a fornire ai pazienti una serie di abilità per diventare più efficaci sia nelle loro relazioni interpersonali, a cominciare da quelle esistenti, sia nella capacità di risolvere problemi e difficoltà della vita quotidiana che possono presentarsi al di là del gioco o che in passato, il gioco, nella loro mente, risolveva. A tale scopo si possono usare le strategie e tecniche dello skills training di gruppo della terapia dialettico comportamentale, in particolare del modulo di apprendimento delle *Abilità di efficacia nelle relazioni interpersonali*, quali le tecniche *Dear Man, Give, Fast e Boundary Building* (Linehan, 2014, 2015). Gli obiettivi dell'efficacia interpersonale includono far sì che le persone rispettino i propri bisogni ed opinioni imparando a comunicarli in maniera efficace a se stessi e agli altri. Può essere utile aiutare i pazienti a capire quale sia il loro stile comunicativo, attraverso il *Test sugli Stili Comunicativi* (Van Dick, 2012; Di Trapani, 2021) per avere la possibilità di modificarlo qualora lo desiderassero e/o qualora tale stile avesse un impatto negativo sulle loro relazioni interpersonali. Vengono poi fornite loro le *Linee guida per la Comunicazione Assertiva* (Linehan, 1993b). All'interno di tale modulo vengono inoltre veicolate e fatte applicare ai pazienti le abilità di *Problem solving e Decision making* (D'Zurilla & Golfired, 1971).

Modulo 7. Prevenzione delle ricadute

Obiettivo di questo modulo è imparare la natura e le cause delle scivolate e/o delle ricadute, e a reagire ad esse in modo appropriato. Il modello della *Relapse Prevention* di Marlatt e Gordon (1985), è uno schema molto utile per la comprensione dei processi psicologici che sono alla base della ricaduta ed essendo i meccanismi della ricaduta analoghi nelle varie forme di dipendenza (Ladd & Petry, 2002), esso può essere valido anche per le dipendenze senza sostanza, come il Disturbo da Gioco d'Azzardo. Occorre distinguere tra *scivolata* e *ricaduta*; la scivolata (Marlatt, 1985) è una interruzione della astensione, da intendersi come un incidente di percorso limitato nel tempo, un intoppo dal quale trarre insegnamenti per il futuro. La ricaduta è una interruzione della astensione ed un ritorno a un comportamento di dipendenza continuativo. A determinare se una scivolata rimarrà tale o evolverà in una ricaduta è il modo in cui la persona interpreta l'incidente di percorso e il comportamento che attiverà come conseguenza di questa interpretazione; se di una abilità ancora parziale e pertanto da rinforzare oppure di fallimento e inadeguatezza. In quest'ultimo caso è altamente probabile un atteggiamento di "resa" e quindi di ritorno al comportamento patologico, elemento questo che ha l'effetto di consolidare la dipendenza (Marlatt & Gordon, 1985). È buona norma informare il paziente sul fatto che la scivolata può verificarsi durante il trattamento, che non ne inficia l'esito e che può essere fronteggiata con un piano di emergenza, la scheda *My Safety Plan*, contenente le strategie e le tecniche di fronteggiamento maturate negli incontri precedenti. Scivolata e ricadute possono essere analizzate da una prospettiva di condizionamento, riconoscendone antecedenti e conseguenze. Alcuni dei principali antecedenti sono:

- risposte di ritiro condizionate che non sono ancora state decondizionate;
- ricomparsa di risposte di astinenza condizionate precedentemente estinte;
- comparsa di reazioni emotive simili alle precedenti ma causate, ad esempio, da altre reazioni, personali o ambientali, avverse (Steiner & Barry, 2014).

Per quanto riguarda le conseguenze, le ricadute comportano:

- riapprendimento rapido e consolidamento della dipendenza;
- AVE, abstinence violation effect (Marlatt & Gordon, 1980, 1985): la violazione della astinenza determina alcune reazioni emotive e cognitive che, se disfunzionali, favoriscono un ritorno al gioco d'azzardo.

Di fronte ad una ricaduta e/o scivolata occorre promuovere con il paziente un dialogo compassionevole, e riconoscere lo sforzo ed i progressi compiuti prima di essa. La ricaduta va poi intesa e riconcettualizzata non come un fallimento personale, ma come una opportunità di apprendimento e di un nuovo momento di insegnamento. Attraverso *L'Analisi della Scivolata/Ricaduta* (Bellio et al., 2011) nel comportamento di gioco i pazienti vengono aiutati a comprendere quale anello della catena è stato "debole" e quale fattore di rischio (interno o esterno) è stato sottovalutato. Il ventaglio di strategie che si possono utilizzare, per prevenire le ricadute, comprende tecniche sia cognitive che comportamentali, di seguito elencate (Echeburúa, 2020):

- distrazione;
- evitamento;
- ricordare e rinforzare positivamente i successi raggiunti sino a quel momento;
- lavorare sui pensieri automatici negativi che il giocatore può sperimentare;
- utilizzare la tecnica del problem solving che permette di affrontare gli elementi che hanno condotto alla ricaduta in modo rapido;
- utilizzare la *tecnica HALT* (Alcolisti Anonimi, 1999); tale tecnica indaga la presenza di alcune condizioni psicofisiologiche che possono precedere una ricaduta e che anzi tendono a favorirla.

Ultima seduta e follow-up

L'ultima seduta avviene quando sono stati completati tutti i moduli di trattamento. Al termine del percorso ai pazienti vengono nuovamente somministrati i test ABQ (Caretta et al., 2016) volto a valutare il disturbo da Gioco d'Azzardo, e la scala SCL 90-R (De Rogatis, 1983; Sarno & Preti, 2011), per valutare lo status psicologico e psicopatologico. Tuttavia ciò non significa che il trattamento sia terminato in quanto durante il primo anno dopo il trattamento le ricadute sono piuttosto frequenti. Per questo motivo vengono programmate sedute di follow-up in cui paziente e terapeuta valutano se si è verificata una ricaduta, le condizioni generali del paziente ed il suo livello di soddisfazione di vita. Queste sedute tendono ad essere brevi, di 15-20 minuti; se la persona non ha giocato vengono rinforzati i comportamenti che mantengono l'astensione dal gioco (Choliz & Marcos, 2024). Se il paziente ha avuto una ricaduta si fissa un colloquio di terapia individuale. La procedura di follow-up implementata si basa su 4 tempi:

- valutazione iniziale; T_0
- valutazione a breve termine: - 3 mesi da T_0 (T_1);
- valutazione a brev-medio termine: - 6 mesi da T_0 (T_2);
- valutazione a medio-lungo termine: 9 mesi da T_0 (T_3).

Queste 3 valutazioni vengono condotte tramite colloquio clinico, con verifica dei criteri del DSM 5 per la presenza/assenza del disturbo e somministrazione della scala *Gambling Follow up Scale* (de Castro, Fuentes & Tavares, 2005), scala specificamente sviluppata per misurare l'impatto del trattamento secondo un'ottica multidimensionale. Ha 5 item (frequenza e tempo di gioco, posizione lavorativa, relazioni familiari, tempo libero e frequenza di gioco d'azzardo. Ogni item ha 5 opzioni

di risposta (da 1 a 5 punti). Copre una finestra temporale di 4 settimane. Più alto è il punteggio, più positivo è l'esito. Nella versione italiana modificata da Bellio e Fiorin, l'item di frequenza del gioco è stato sostituito con "pensieri sul gioco o sul puntare denaro".

Risultati e conclusioni

Dei 12 soggetti inclusi nel gruppo 3 erano donne e 9 uomini. L'età media è 45 anni con un livello medio di istruzione di 9 anni ed una età media di esordio del Disturbo da Gioco d'Azzardo di 28 anni. 7 pazienti su 12 (58%) erano disoccupati e 6 su 12 (50%) non avevano una relazione affettiva stabile. 10 pazienti su 12 hanno partecipato a tutti gli incontri del gruppo. I due drop out sono composti da un paziente che, inviato al Ser.D. dalla compagna, dopo valutazione e primo incontro non ha fatto ulteriori accessi al servizio ed un paziente che avendo trovato occupazione nella fascia oraria dedicata al gruppo ha chiesto di poter effettuare psicoterapia individuale. Ai test ABQ somministrati ai pazienti alla fine del percorso, i punteggi percentili della Scala S1.3 della sezione A (gravità del Disturbo da gioco d'Azzardo) si collocavano tutti al di sotto della soglia della significatività clinica (PP. < 60); nella sezione B della scala S3 si è osservata in tutti i pazienti una notevole riduzione del livello di craving. I giorni di astensione completa dal gioco sono aumentati in modo significativo. Quasi tutte le variabili psicologiche connesse all'addiction (7 Das dell'ABQ) hanno inoltre mostrato riduzioni significative a poche settimane dalla astensione del trattamento. L'astensione dal gioco raggiunta dopo il percorso di gruppo è stata mantenuta da tutti i pazienti che hanno completato il percorso ai controlli di follow-up.

Riferimenti bibliografici

- Alcoholics Anonymous (1976). *The story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism. Third Edition*. Alcoholics Anonymous World Service. Inc. New York City. 3a ed. Roma 1999. Bulzoni Editore.
- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4): 271-285. Doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.
- APA dictionary (2019). *APA dictionary of Psychology*. -- Available online, at: <https://dictionary.apa.org/trigger>.
- Asensio S., Hernández-Rabaza V., Orón Semper J.V. (2020). What is the "trigger" of addiction?. *Front. Behav. Neurosci.*, April 21, 14, 54. Doi: 10.3389/fnbeh.2020.00054.
- Ashrafioun L., Rosenberg H. (2012). Methods of assessing craving to gamble: A narrative review. *Psychol Addict Behav.*, Sep, 26(3): 536-49. Doi: 10.1037/a0026367. Epub 2011 Nov 28.
- Battersby M., Oakes J., Tolchard B., Forbes A., Pols R. (2008). Cognitive-behavioral therapy for problem gambler. In: Zangeneh M., Blaszczynski A., Turner N., *Pursuit of Winning; Problem Gambling, Theory, Research and Treatment*. New York: Springer.
- Bellio G., Fiorin A., Giacomazzi S. (2011). *Vincere il gioco d'Azzardo. Manuale di Auto Aiuto per il giocatore che vuole smettere*. Ulss 8. Regione Veneto. Progetto Jackpot 2010.
- Bodor D., Ricijaš N., Filipčić I. (2021). Treatment of Gambling Disorder: review of evidence-based aspects for best practice. *Curr Opin Psychiatry*, Sep1, 34(5): 508-513. Doi: 10.1097/YCO.0000000000000728.
- Bowen S., Marlatt A. (2009). Surfing the urge; brief mindfulness-based intervention for college student smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, Dec., 23(4): 666-671. Doi: 10.1037/a0017127.

- Bowen S., Chawla N., Collins S., Witkiewitz K., Hsu S., Grow J., Clifasefi S., Garner M., Douglass A., Larimer M., Marlatt A. (2009a). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*, Oct-Dec., 30: 205-305. Doi: 10.1080/08897070903250084.
- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. A clinician's guide*. New York: Guilford.
- Capitanucci D., Carlevaro T. (2004). *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico*. "Hans Duboi" Editore.
- Caretti V., Craparo G., Giannini M., Gori A., Iraci G., Lucchini A., Rusignuolo I., Schimmenti A. (2016). *Addictive Behavior Questionnaire (ABQ). Manuale e questionari*. Hogrefe.
- Cholz M. Marcos A. (2024). "Gambler": Behavioural-Cognitive Treatment of Online Gambling Disorder. A Step-by-Step Treatment Guide. *BRS.BioRes Scientia. Clinical Case Report Studies*, March, 5(2). Doi: 10.59657/2837-2565.brs.24.095.
- Ciccarelli M., Cosenza M., Griffiths M.D., Nigro G., D'Olimpo F. (2019). Facilitated attention for gambling cues in adolescent problem gamblers: An experimental study. *Journal of Affective Disorder*, June, 252: 39-46. Doi: 10.1016/j.jad.2019.04.012.
- Conversano C., Marazziti D., Carmassi C., Baldini S., Barnabei G., Dell'Osso L. (2012). Pathological gambling: a systematic review of biochemical, neuroimaging, and neuropsychological findings. *Harv Rev Psychiatry*, May, 20(3): 130-48. Doi: 10.3109/10673229.2012.694318.
- Cooper D.E. (1987). The role of group psychotherapy in the treatment of substance abusers. *American Journal of Psychotherapy*, Jan., 41(1): 55-67. Doi: 10.1176/appi.psychotherapy.1987.41.1.55.
- Cornil A., Lopez-Fernandez O., Devos G., de Timary P., Goudriaan A.E., Billieux J. (2018). Exploring gambling craving through the elaborated intrusion theory of desire: A mixed methods approach. *International Gambling Studies*, Jan., 18(1): 1-21. Doi: 10.1080/14459795.2017.1368686.
- De Catro V., Fuentes D., Tavares H. (2005). The Gambling Follow-Up Scale: Development and Reliability Testing of a Scale for Pathological Gamblers Under Treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Feb., 50(2): 81-6. Doi: 10.1177/070674370505000202.
- De Castro V., Fong T., Rosenthal T., Tavares H. (2007). A comparison of craving and emotional states between pathological gambler and alcoholics. *Addictive Behaviors*, 32(8): 1555-1564. Doi: 10.1016/j.addbeh.2006.11.014.
- Derogatis L.R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R Administration, Scoring and Procedures Manual*. NCS Pearson. Adattamento italiano a cura di Sarno et al. (2011). Firenze: Giunti, Organizzazioni Speciali.
- Di Nicola M., De Crescenzo F., D'Alò G.L., Remondi C., Panaccione I., Moccia L., Molinaro M., Dattoli L., Lauriola A., Martinelli S., Giuseppin G., Maisto F., Crosta M.L., Di Pietro S., Amato L., Janiri L. (2020). Pharmacological and Psychosocial Treatment of Adult with Gambling Disorder: A Meta-Review. *J. Addict. Med.*, Jul/Aug., 14(4): e15-e23. Doi: 10.1097/ADM.0000000000000574.
- Dowling N.A., Allen J.S. (2012). Mindfulness and Problem Gambling: A Review of literature. *J Gambli Stud.*, Dec., 28(4): 719-39. Doi: 10.1007/s10899-011-9284-7.
- D'Zurilla T.J., Goldfried M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, Aug., 78(1): 107-126. Doi: 10.1037/h0031360.
- Echeburúa E., Fernández-Montalvo J., Báez C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior Therapy*, Spring, 31(2): 351-364. Doi: 10.1016/S0005-7894(00)80019-2.
- Echeburúa E., Báez C., Fernández-Montalvo J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24(1): 51-72. Doi: 10.1017/S1352465800016830.
- Ellis A. (1957). Rational Psychotherapy and Individual Psychology. *Journal of Individual Psychology*, May, 1, 13(1), 38.
- Eriksen J.W., Fiskaali A., Zachariae R., Wellnitz K.B., Oernboel E., Stenbro A.W., Marcussen T., Petersen M. (2023). Psychological intervention for gambling disorder: A systematic review and meta analysis. *J Behav Addict.*, Jul 14, 12(3): 613-630, Oct 05. Doi: 10.1556/2006.2023.00034.
- Flores P.J. (1988). Group Psychotherapy with Addicted Populations. An integration of twelve step and psychodynamic theory (2nd ed.). *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2(2): 132-137. Doi: 10.1037/1089-2699.2.2.132.
- Fiorin A., Gaddi R. (2015). *Gioco d'Azzardo. Guida pratica di intervento. Manuale per l'operatore*. Dipartimento per le Dipendenze Ulss. Technical Paper, 8. Regione Veneto, Progetto GAP-NET-2W 2013.
- Harris J.S., Stewart D.G., Stanton B.C. (2017). Urge surfing as aftercare in adolescent alcohol use: A randomized control trial. *Mindfulness*, 8(1): 144-149. Doi: 10.1007/s12671-016-0588-7.
- Hawker C.O., Merkouris S.S., Youssef G.J., Dowling N.A. (2021). Exploring the association between gambling cravings, self-efficacy and gambling episodes: An Ecological Momentary Assessment Study. *Addictive Behavior*, Jan., 112,106574. Doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106574. Epub 2020 Jul 24.
- Houmanfar R., Maglieri K., Roman H. (2003). Behavioral Contracting. In: W. O'Donohue, J. Fisher, S. Hayes (Eds.). *Cognitive Behavior Therapy: Applying empirically supported technique in your practice*. New York: John Wiley & Sons, pp. 40-45.
- Iliceto P., Fino E. (2014). La Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-I): Uno strumento valido nell'assessment di cognizioni relative al gioco d'azzardo nella popolazione italiana. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, febbraio, 20(1): 71-77.
- Iliceto P., Fino E., Cammarota C., Giovani E., Petrucci F., Desimoni M., Sabatello U., Candilera G., Oei T.P. (2015). *Gambling-Related Cognitions Scale – Italian Version (GRCS-I)* [Database record]. APA PsycTests. Doi: 10.1037/t40845-000.
- Jackson A.C., Francis K.L., Byrne G., Christensen D.R. (2013). Leisure substitution and problem gambling: Report of a proof of concept group intervention. *International Journal of Mental Health and Addiction*, February, 11(1): 64-74. Doi: 10.1007/s11469-012-9399-9.
- Jiménez-Murcia S., Granero R., Fernández-Aranda F., Arcelus J., Aymami M.N., Gomez-Pena M., Tarrega S., Moragas L., Del Pino-Gutierrez A., Sauchelli S., Fagundo A.B., Brewin N., Menchon J.M. (2015). Predictors of Outcome among Pathological Gamblers Receiving Cognitive Behavioral Group Therapy. *Eur Addict Res.*, Apr 1, 21(4): 169-78. Doi: 10.1159/000369528.
- Kabat-Zinn J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion. Traduzione Italiana: *Dovunque tu vada ci sei già*. Giorgio Arduin, Carocci Editore, Milano, 8ª Edizione, 2019.
- Kabat-Zinn J., Lipworth L., Burney R. (1985). The clinical use of self meditation for self-regulation if chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, Jun., 8(2): 163-190. Doi: 10.1007/BF00845519.
- Kabat-Zinn J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.
- Koons C.R., Robins C.J., Tweed L., Lynch T.R., Gonzales A.M., Morse J.Q., Bishop G.K., Butterfield M.I., Bastian L.A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, Dec., 32(2): 371-390. Doi: 10.1016/S0005-7894(01)80009-5.
- Kraus S.W., Etuk R., Potenza M.N. (2020). Current pharmacotherapy for gambling disorder: A systematic review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, Feb., 21(3): 287-296. Doi: 10.1080/14656566.2019.1702969.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2000). *Le jeu excessif. Comprendre et vaincre le gambling*. Montréal, Canada: Les Editions de l'homme. Traduzione italiana a cura di Carlevaro T. e Capitanucci G. (2003). *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling, edizione italiana*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2002). *Understanding and treating pathological gamblers*. West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Lachance S., Doucet C., Leblond J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, May, 41(5): 587-96. Doi: 10.1016/s0005-7967(02)00036-0.
- Ladouceur R., Lachance S. (2007). *Overcoming Pathological Gambling. Therapist Guide*. New York: Oxford University Press.
- Lesieur H.R., Blume S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, Sep., 144(9): 1184-8. Doi: 10.1176/ajp.144.9.1184.
- Linehan M., Armstrong H.E., Suarez A., Allmon D., Heard H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, Dec., 48(12): 1060-1064. Doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810360024003.
- Linehan M.M. (1987). Dialectical behavior therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, Dec., 1(4): 328-333. Doi: 10.1521/pedi.1987.1.4.328.

- Linehan M.M., Heard H.L., Armstrong H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, Dec., 50(12): 971-974. Doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820240055007.
- Linehan M.M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press. Trad. it. *Trattamento cognitivo comportamentale del Disturbo Borderline di Personalità. Il Modello DBT*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2021.
- Linehan M.M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press. Trad. It. *DBT. Skills training. Manuale-Schede e fogli di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2015.
- Linehan M., Schmid H. 3rd., Dimeff L.A., Craft J.C., Kanter J., Comtois K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, Fall, 8(4): 279-292. Doi: 10.1080/105504999305686.
- Linehan M.M., Dimeff L.A., Reynolds S. K., Comtois K.A., Welch S. S., Heagerty P., Kivlahan D. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, Jun. 1, 67(1): 13-26. Doi: 10.1016/S0376-8716(02)00011-x.
- Linehan M.M., Comtois K.A., Murray A.M., Brown M.Z., Gallop R.J., Heard H.L., Korslund K.E., Tutek D.A., Reynolds S.K., Lindenboim N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, Jul., 63(7): 757-766. Doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757.
- Linehan M.M. (2014). *DBT® skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press. Traduzione italiana *DBT Skills Training. Manuale*. Raffaello Cortina Editore, 2015.
- Lynch T.R., Morse J.Q., Mendelson T., Robins C.J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, Jan-Feb., 11(1): 33-45.
- Månsson V. Andrade J., Jayaram-Lindström N., Ber-man A.H. (2022). "I see myself": Craving imagery among individuals with addictive disorders. *Journal of Addictive Diseases*, Apr., 41(1): 64-77. Doi: 10.1080/10550887.2022.2058299.
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1980). Determinants of relapse: Implication for the maintenance of behavior change. In: P.O. Davidson, S.M. Davidson (Eds.). *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles* (pp. 410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt G.A. (1985). Lifestyle modification. In: G.A. Marlatt, J.R. Gordon (Eds.). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours* (pp. 280-349). New York: Guilford.
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Matheson F.I., Hamilton-Wright S., Kryszajts D.T., Wiese J.L., Cadel L., Ziegler C., Hwang S.W., Guilcher S.J.T. (2019). The use of self-management strategies for problem gambling: a scoping review. *BMC Public Health*, Apr. 29, 19(1): 445. Doi: 10.1186/s12889-019-6755-8.
- McIntosh C., O'Neill K. (2017) *Evidence based treatments for Problem Gambling*. Springer
- Petry N.M. (2000). Psychiatric symptoms in problem gambling and non-problem gambling substance abusers. *American Journal on Addictions*, April, 9(2): 163-171. Doi: 10.1080/10550490050173235.
- Petry N.M. (2005). *Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Petry N.M., Stinson F.S., Grant B.F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, May, 66(5): 564-574. Doi: 10.4088/JCP.v66n0504.
- Petry N.M., Ginley M.K., Rash C.J. (2017). A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, Dec., 31(8): 951-961. Doi: 10.1037/adb0000290.
- Petry N.M. (2001). Pathological gamblers, with and without substance use disorders, discount delayed rewards at high rates. *Journal of Abnormal Psychology*, Aug., 110(3): 482-487. Doi: 10.1037/0021-843X.110.3.482.
- Petry N.M. (2005). *Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity and Treatment*. Washington, DC US: American Psychological Association.
- Pfund R.A., King S.A., Forman D.P., Zech J.M., Ginley M.K., Peter S.C., McAfee N.W., Witkiewitz K., Whelan J.P. (2023). Effects of cognitive-behavioral techniques for gambling on recovery defined by gambling, psychological functioning, and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, Nov., 37(7): 936-945. Doi: 10.1037/adb0000910.
- Potenza M.N., Balodis I.M., Derevensky J., Grant J.E., Petry N.M., Verdejo-Garcia A., Yip S.W. (2019). Gambling disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, July 25, 5(1), 51. Doi: 10.1038/s41572-019-0099-7.
- Publii Ovidii Nasonis, *Opera Omnia. Volumen Primum. VENETUS EXCUDIT JOSEPH ANTONELLI AUREIS DONATUS NUMISMATIBUS M.DCCC.XLIV. Opere di Publio Ovidio Nasone*. Tradotte ed illustrate. Volume Primo. Venezia. Dalla tip. di Giuseppe Antonelli Ed. 1844.
- Quintero M.J., Navas J.F., Perales J.C. (2020). The associative underpinnings of negative urgency and its role in problematic gambling behavior. *Addict Behav.*, Dec., 111, 106533. Doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106533.
- Raylu N., Oei T.P. (2004). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*, Jun., 99(6): 757-769. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00753.x.
- Raylu N., Oei T.P.S., Loo J.M.Y., Tsai J. S. (2016). Testing the validity of a cognitive behavioral model for gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, Jun., 32(2): 773-788. Doi: 10.1007/s10899-015-9567-5.
- Raylu N., Oei T.P. (2010). *A Cognitive Behavioural Therapy Programme for Problem Gambling*. East Sussex: Routledge/Taylor & Francis Group. Doi: 10.4324/9780203850428.
- Romo L., Legauffre C., Guilleux A., Valleur M., Magalon D., Fatseas M. et al. (2016). Cognitive distortions and ADHD in pathological gambling: A national longitudinal case-control cohort study. *Journal of Behavioral Addictions*, Dec., 5(4): 649-657. Doi: 10.1556/2006.5.2016.070.
- Safer D.L., Telch C.F., Agras W.S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, Apr., 158(4): 632-634. Doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.632.
- Sharpe L., Tarriner N. (1993). Towards a cognitive behavioral model for problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, March, 162(3): 407-412. Doi: 10.1192/bjp.162.3.407.
- Skinner B.F. (1948). "Superstition" in the pigeon. *Journal of Experimental Psychology*, 38: 168-172.
- Slutske W.S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two US national surveys. *American Journal of Psychiatry*, Feb., 163(2): 297-302. Doi: 10.1176/appi.ajp.163.2.297.
- Steiner G.Z., Barry R.J. (2014). The mechanism of dishabituation. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 8, 14. Doi: 10.3389/fnint.2014.00014.
- Telch C.F., Agras W.S., Linehan M.M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Dec., 69(6): 1061-1065. Doi: 10.1037/0022-006x.69.6.106.
- Toneatto T., Blitz-miller T., Calderwood K., Dragonetti R., Tsanos A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*, Autumn, 13: 253-266. Doi: 10.1023/A:1024983300428.
- Toneatto T., Vettese L., Nguyen L. (2007). The role of mindfulness in the cognitive-behavioral treatment of problem gambling. *Journal of Gambling Issues*, Jan, 19(9): 91-100. Doi: 10.4309/jgi.2007.19.10.
- Toneatto T., Pillai S., Courtice E.L. (2014). Mindfulness – Enhanced Behavior Therapy for Problem Gambling: A controlled Pilot Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, Feb., 12(2): 197-205. Doi: 10.1007/s11469-014-9481-6.
- van den Bosch L.M., Koeter M.W.J., Stijnen T., Verheul R., van den Brink W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, Sept., 43(9): 1231-1241. Doi: 10.1016/j.brat.2004.09.008.
- Van Dijk S. (2012). *DBT made simple: A step-by-step guide to dialectical behavior therapy*. New Harbinger Publications. Traduzione italiana a cura di Silvia di Trapani, FrancoAngeli (2021).
- Verheul R., Van Den Bosch L.M.C., Koeter M.W.J., De Ridder A.J., Stijnen T., Van Den Brink W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, Feb., 182: 135-140. Doi: 10.1192/bjp.182.2.135.
- Wallace M.D., Robles A.C. (2003). Differential reinforcement of other behavior and differential reinforcement of alternative behaviors. In: W. O'Donohue, J. Fische, S. Hayes (Eds.). *Cognitive Behavior Therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 136-143). New York: John Wiley & Sons.
- Yakovenko I., Quigley L., Hemmelgarn B.R., Hodgins D.C., Ronksley P. (2015). The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: Systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, Apr., 43: 72-82. Doi: 10.1016/j.addbeh.2014.12.011.
- Yalom I.D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3rd ed.). Basic Books.

Promozione della salute e prevenzione delle dipendenze tra giovani autori di reato: analisi descrittiva dei dati raccolti nell'ambito del progetto "Dipendenze: Quanto ne sai?"

M. Pilo*, C. Mereu**

SUMMARY

■ *The project "Addictions: How Much Do You Know?" aimed at promoting health and preventing addictions among minors and young adults involved with the Juvenile Social Service Offices.*

The intervention was carried out over three editions, with data collection and analysis covering the project's implementation period.

The primary goal was to promote conscious health-oriented behaviors, focusing on substance dependencies – both legal and illegal – and behavioral addictions, which are characteristic of the adolescent developmental stage.

The project involved close collaboration between the Sassari Addiction Services through the Minors and Young Adults Team, and the Juvenile Court's Social Services Center in Sassari.

These partnerships led to numerous training activities aimed at the adolescents involved, with the intention of complementing diagnosis, treatment, and rehabilitation activities with educational programs focused on addiction prevention.

Data collection and analysis, carried out throughout the project's editions, provide a solid foundation for understanding the intervention's effectiveness and the impact of the activities on the young participants. ■

Keywords: Risk Prevention, Ser.D., Health Promotion, Addiction Prevention, Adolescents, Substance Addiction, Behavioral Addictions, Educational Intervention, Juvenile Offenders, Juvenile Social Services, Regional Prevention Plan.

Parole chiave: Prevenzione del Rischio, Ser.D., Promozione della Salute, Prevenzione delle Dipendenze, Adolescenti, Dipendenza da Sostanze, Dipendenze Comportamentali, Intervento Educativo, Minori Autori di Reato, Servizi Sociali per i Minori, Piano Regionale di Prevenzione.

Presentazione

Il progetto "Dipendenze: Quanto ne sai?", finanziato dal Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2020-2025 RAS nell'ambito dell'azione PP04 "Dipendenze", ha previsto un intervento da parte del Servizio per le Dipendenze di Sassari finalizzato alla promozione della salute e alla prevenzione delle dipendenze nei minori e giovani adulti in carico agli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Sassari.

Tale intervento aveva l'obiettivo di valutare le conoscenze sulle principali sostanze d'abuso legali ed illegali, di informare sugli effetti delle sostanze e contemporaneamente procedere con un'analisi mirata a comprendere le caratteristiche sociodemografiche e criminologiche del campione di minori e giovani adulti autori di reati inseriti in un percorso di messa alla prova. L'attività si è svolta in tre edizioni e la fase di raccolta e analisi dei dati si riferisce al medesimo periodo (Aprile 2024-Marzo 2025).

L'intervento si inserisce in un'ottica di prevenzione primaria e secondaria, con l'obiettivo di promuovere comportamenti consapevoli e orientati alla salute, nonché di approfondire la conoscenza sulle dipendenze da sostanze,

* Dirigente Psicologa, Area Dipendenze Patologiche, DSMD, ASL 1 Sassari.

** Tirocinante TPV in Psicologia, Area Dipendenze Patologiche, DSMD, ASL 1 Sassari.

ze, legali e illegali, e sulle dipendenze comportamentali, caratteristiche della fase evolutiva adolescenziale, rivolta ai minori e giovani adulti autori di reato.

Introduzione

Le dipendenze da sostanze, siano esse legali (alcol e tabacco) o illegali (sostanze stupefacenti), così come le dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo o uso compulsivo delle tecnologie), rappresentano fenomeni che acquisiscono una crescente rilevanza durante l'adolescenza.

Questo periodo, intrinsecamente caratterizzato da vulnerabilità neurobiologiche, psicologiche e sociali, è particolarmente critico in quanto i giovani sperimentano cambiamenti significativi nel loro sviluppo emotivo e comportamentale.

Diversi studi hanno evidenziato come l'adolescenza sia una fase cruciale nella quale i giovani sono particolarmente suscettibili allo sviluppo di dipendenze.

Tra questi, Sussman e Sussman (2011) sottolineano che, dal punto di vista neurobiologico, l'adolescenza è caratterizzata da una maturazione incompleta delle aree cerebrali implicate nel controllo degli impulsi e nella regolazione delle emozioni, rendendo i giovani più vulnerabili agli effetti dell'uso di sostanze.

Le caratteristiche psicologiche ed emotive di questa fase evolutiva, unite alla spinta verso l'autonomia, alla ricerca di esperienze nuove (*novelty see-*

king) e alla pressione dei pari, costituiscono fattori che possono favorire la sperimentazione e, in alcuni casi, lo sviluppo di dipendenze. L'adolescenza, quindi, rappresenta una finestra temporale durante la quale le esperienze di abuso di sostanze possono avere effetti permanenti sulla salute mentale e fisica, con un potenziale impatto negativo sul benessere sociale del giovane.

Anche lo studio di Grant *et al.* (2001) supporta questa visione, mettendo in luce come l'ambiente familiare e socioeconomico giochi un ruolo fondamentale nel determinare il rischio di dipendenza nei giovani.

La ricerca evidenzia che i minori provenienti da contesti familiari disfunzionali, dove si verificano abusi, trascuratezza o instabilità, sono esposti a un rischio significativamente maggiore di sviluppare dipendenze da sostanze.

Questi fattori di rischio familiari si combinano con la vulnerabilità intrinseca dell'adolescente, creando un terreno fertile per l'abuso di alcol, droghe e altre sostanze.

Grant *et al.* (2001) suggeriscono che la disfunzione familiare sia uno dei principali predittori del comportamento deviante e che un'adeguata attenzione ai fattori psicologici, sociali e familiari possa ridurre notevolmente il rischio di sviluppare dipendenze tra gli adolescenti.

La situazione si complica ulteriormente quando i giovani, già vulnerabili a livello psicologico e sociale sono coinvolti in comportamenti illegali. In Italia, i minori e i giovani adulti che commettono reati possono essere sottoposti a misure alternative alla detenzione, tra cui la messa alla prova, processo penale minorile D.P.R. 448/1988.

La condizione di questi giovani è particolarmente complessa, in quanto, oltre ad affrontare le conseguenze del reato commesso, si trovano a fare i conti con il fenomeno della stigmatizzazione sociale.

Walton *et al.* (2021) hanno messo in luce come la stigmatizzazione sociale dei giovani coinvolti in comportamenti illegali abbia effetti psicologici significativi.

Questi effetti vanno ben oltre il semplice aspetto della percezione sociale e coinvolgono l'auto-percezione negativa e la difficoltà di reinserimento in contesti sociali e educativi adeguati, e possono minare profondamente l'autostima e il benessere psicologico dei giovani.

Gli autori hanno anche dimostrato che la stigmatizzazione spinge i giovani ad identificarsi con gruppi marginalizzati o devianti, aumentando decisamente il rischio di recidiva.

Walton *et al.* (2021) tuttavia hanno osservato che interventi mirati a migliorare la qualità delle relazioni tra i giovani e gli adulti di riferimento, educatori e professionisti della salute mentale, riducono in modo significativo l'impatto della stigmatizzazione e diminuiscono i tassi di recidiva.

Perry *et al.* (2014) hanno esplorato la questione della salute dei giovani coinvolti nel sistema giudiziario, evidenziando che la mancanza di un supporto adeguato a livello sanitario e psicologico aggrava ulteriormente la loro condizione di marginalità e ostacola il processo di reinserimento nella società.

Il Servizio per le Dipendenze Patologiche (Ser.D.) di Sassari, in particolare attraverso l'Équipe dell'Area Minori e Giovani Adulti, ha riconosciuto la necessità di affrontare in modo integrato le problematiche legate alla dipendenza da sostanze e le difficoltà psicologiche, sociali e sanitarie che i giovani incontrano durante il percorso di reinserimento sociale.

La messa alla prova, pur costituendo un'opportunità per il recupero e la reintegrazione, deve quindi essere accompagnata da un intervento educativo e terapeutico che vada oltre la mera gestione della dipendenza.

Obiettivi

- Accrescere, nei minori e giovani adulti autori di reato i livelli di informazione e conoscenza sulle dipendenze da sostanze, legali ed illegali, nonché alle dipendenze comportamentali.
- Favorire l'assunzione di responsabilità da parte dei minori, non solo nei confronti di se stessi, ma anche nell'interazione con gli adulti, le istituzioni, il gruppo dei pari ed il loro contesto di vita, in un'ottica di cittadinanza attiva e consapevole.
- Fornire informazioni scientificamente fondate alla luce delle evidenze che mostrano come gli adolescenti acquisiscano la maggior parte delle loro conoscenze attraverso canali informali, come il gruppo dei pari e i social media, spesso riportando concezioni distorte, parziali o del tutto infondate riguardo gli effetti delle sostanze d'abuso.
- Descrivere le principali caratteristiche del campione di minori e giovani adulti coinvolti nel progetto, tra cui età, sesso, nazionalità, titolo di studio, situazione lavorativa e tipologia di reato, per individuare eventuali tendenze e relazioni tra le variabili.

Finalità

L'analisi di queste variabili ha l'obiettivo di individuare eventuali tendenze e relazioni, al fine di approfondire la conoscenza del fenomeno e orientare interventi futuri sempre più mirati.

Parametro	Obiettivi e cosa si vuole analizzare
1. Conoscenza e consapevolezza	Conoscenza su sostanze legali, illegali e dipendenze comportamentali prima e dopo l'intervento
	Conoscenza degli effetti a breve e lungo termine delle sostanze
	Valutazione personale del rischio associato all'uso di sostanze
	Canali principali da cui i ragazzi apprendono (pari, social, media, adulti)
2. Comportamenti e atteggiamenti	Come si sentono rispetto all'uso di sostanze prima e dopo l'intervento
	Intenzione di consumare o astenersi dall'uso di sostanze
	Propensione a ridurre i comportamenti a rischio
	Fiducia nella capacità di controllare le proprie scelte
3. Fattori sociodemografici e legali	Età anagrafica
	Sesso
	Cittadinanza
	Titolo di studio
	Impiego
	Reato

Scopo dell'osservazione

Gli obiettivi delineati nel progetto sono stati perseguiti attraverso un percorso strutturato in due incontri.

Primo incontro

Durante il primo incontro è stato somministrato un questionario per valutare il livello di conoscenza pregressa dei ragazzi in merito alle dipendenze. L'incontro ha previsto una parte interattiva, in cui i partecipanti sono stati invitati a riflettere sulle proprie esperienze personali e a confrontarsi con il gruppo dei pari e gli operatori con l'obiettivo di stimolare una riflessione critica e favorire l'attivazione di un pensiero autonomo rispetto ai temi trattati.

Secondo incontro

Il secondo incontro è stato dedicato a una lezione informativa sugli effetti neuropsicologici e farmacologici delle sostanze legali e illegali. In particolare, si è approfondito il funzionamento del sistema nervoso centrale e il ruolo dei circuiti della ricompensa e della dipendenza, evidenziando come essi si attivino precocemente durante la fase adolescenziale.

Strumenti e metodologia

Le attività si sono svolte utilizzando diversi materiali didattici: bigliettini colorati e un gomitolino di lana rosso sono stati impiegati per facilitare momenti di brainstorming e circle time, promuovendo la partecipazione e l'espressione delle opinioni.

Una lavagna a fogli mobili ha supportato la condivisione dei concetti principali emersi durante le discussioni, rendendo visibile e strutturato il pensiero collettivo.

Sono state proiettate slides esplicative che hanno illustrato le risposte al questionario riguardo gli effetti delle sostanze legali e illegali sul sistema nervoso centrale, i circuiti cerebrali implicati nella dipendenza, nonché i

meccanismi biologici tipici dell'adolescenza che favoriscono la ricerca di novità, l'impulsività e i comportamenti a rischio.

Strumenti di valutazione

La valutazione delle conoscenze dei partecipanti è stata misurata attraverso la somministrazione del questionario "Dipendenze... quanto ne sai?" composto da 30 domande a risposta vero/falso, costruito per indagare le convinzioni più diffuse sulle sostanze legali, illegali e sulle dipendenze comportamentali.

L'osservazione diretta delle attività di gruppo ha consentito di rilevare comportamenti, atteggiamenti e dinamiche relazionali significative, e ha permesso una comprensione globale dei processi di apprendimento e cambiamento.

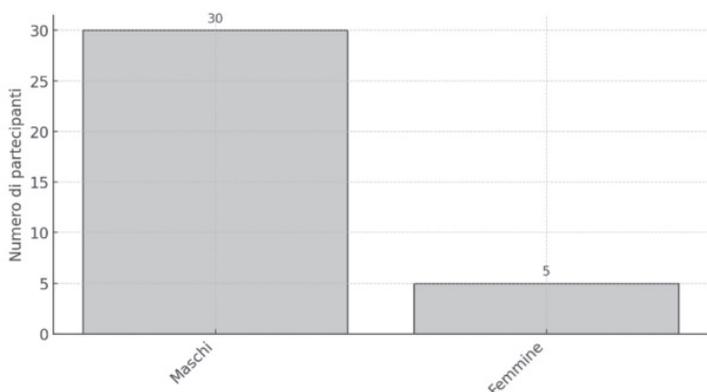
La partecipazione attiva misurata attraverso il brainstorming e il circle time ha consentito di raccogliere i dati e le riflessioni emerse e di valutare la capacità critica e l'elaborazione personale dei contenuti proposti.

I dati raccolti sono stati successivamente organizzati e analizzati attraverso le rappresentazioni grafiche qui riportate.

Campione

Il progetto ha coinvolto tre gruppi distinti di giovani: il primo composto da 8 partecipanti (7 ragazzi e 1 ragazza) e il secondo da 12 (10 ragazzi e 2 ragazze), il terzo da 15 (13 ragazzi e 2 ragazze) per un campione totale di 35.

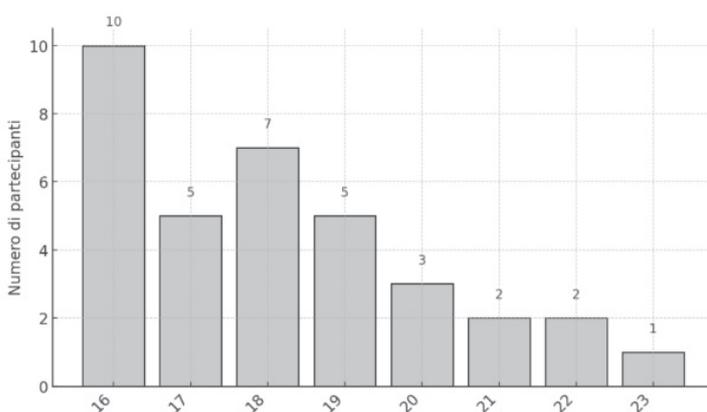
Distribuzione per sesso



Il campione era composto per 85,7% da partecipanti maschi e per il 14,3% da femmine.

Questa distribuzione conferma l'evidenza in letteratura della maggiore incidenza di comportamenti devianti nei giovani di sesso maschile.

Distribuzione per età



L'età più frequente (moda) era 16 anni.

La mediana si attestava a 18 anni e la media aritmetica era pari a 18,05 anni.

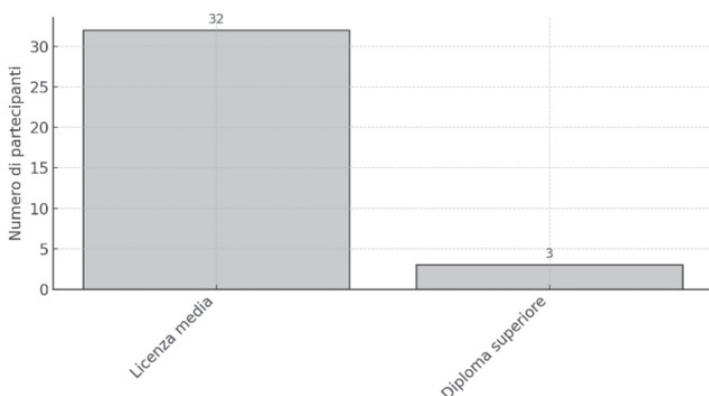
I dati indicano una prevalenza di soggetti nella tarda adolescenza, fase evolutiva caratterizzata da elevata esposizione ai fattori di rischio.

Nazionalità

La maggior parte dei partecipanti era di nazionalità italiana (94,3%), mentre il 5,7% era costituito da stranieri.

Questa composizione riflette la predominanza autoctona del contesto locale.

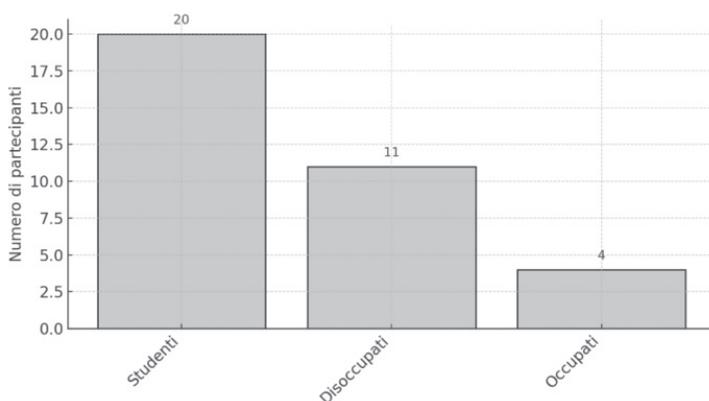
Titolo di studio



Il 91,4% dei partecipanti era in possesso della licenza media, mentre l'8,6% aveva conseguito un diploma di scuola superiore.

I dati confermano l'associazione tra basso livello di istruzione e maggiore esposizione a comportamenti devianti.

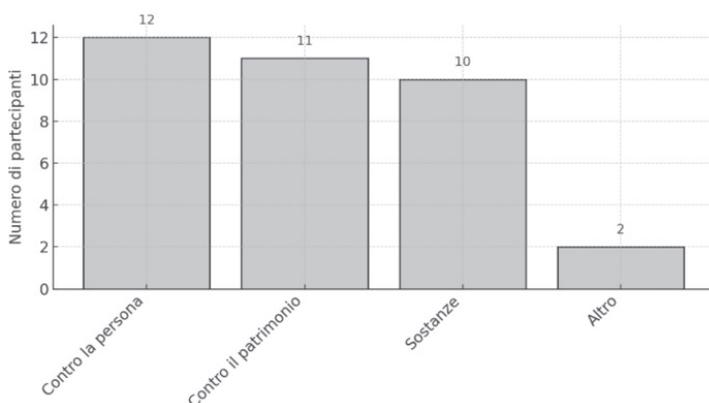
Situazione occupazionale



Il 57,1% dei partecipanti risultava studente, il 31,4% disoccupato e l'11,4% occupato in attività lavorative.

La prevalenza di studenti e disoccupati evidenzia una condizione di instabilità scolastico-lavorativa e di precoce abbandono scolastico.

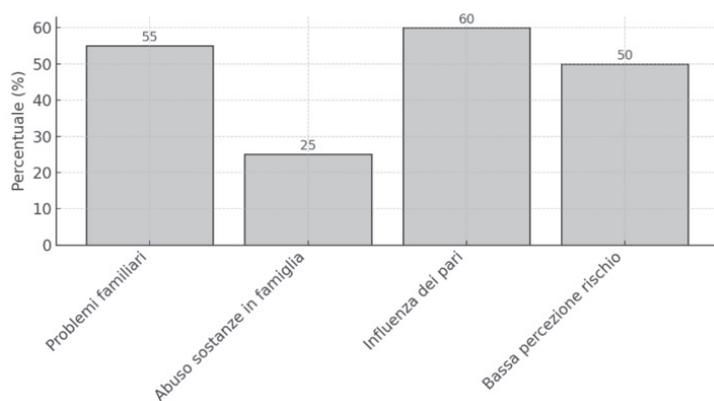
Tipologia di reato



I reati commessi si distribuivano tra reati contro la persona (34,3%), contro il patrimonio (31,4%) e reati legati alle sostanze (28,6%).

La categoria "altro" rappresentava il 5,7%.

La prevalenza di reati contro la persona riflette i principali trend osservati nella devianza giovanile.



Il 25% del campione ha riportato esperienze di abuso di sostanze in famiglia, il 50% minimizzava i rischi legati all'uso occasionale di sostanze, mostrando una scarsa consapevolezza delle conseguenze a lungo termine. Il 55% dei partecipanti ha riferito difficoltà nel contesto familiare, e il 60% ha indicato l'influenza del gruppo dei pari come fattore determinante nell'insorgenza dei comportamenti devianti.

Risultati del questionario "Dipendenze... quanto ne sai?"

I risultati del questionario sono stati analizzati attraverso quattro variabili:

- Uso della sostanza.
- Consapevolezza degli effetti.
- Informazione legale.
- Minimizzazione dei rischi.

Sostanza	Uso della sostanza	Consapevolezza effetti	Informazione legale	Minimizzazione rischi
Alcol	85%	40%	30%	70%
Tabacco	75%	85%	60%	50%
Cannabis	70%	65%	40%	65%
Farmaci	40%	70%	70%	15%
Droghe	30%	70%	68%	25%

I risultati mostrano che l'alcol è la sostanza psicoattiva più utilizzata e più diffusa all'interno del campione.

Tuttavia, è emerso che l'alcol non viene comunemente percepito come una sostanza psicoattiva e la sua pericolosità durante le fasi evolutive dello sviluppo non è adeguatamente compresa.

È stata inoltre rilevata un'elevata tollerabilità sociale nei confronti dell'alcol, accompagnata da una scarsa aderenza al divieto di somministrazione ai minori di 18 anni da parte di adulti significativi (genitori o venditori), aspetto che non genera disagio nei giovani intervistati.

Il tabacco è la seconda sostanza più utilizzata e il campione manifesta un'elevata consapevolezza dei rischi per la salute, inclusi quelli legati alle patologie respiratorie e cardiovascolari.

Tuttavia, tale consapevolezza non sembra tradursi in un'effettiva riduzione dell'uso: il tabacco mantiene una forte presenza tra i comportamenti giovanili, con una tolleranza sociale ancora marcata, soprattutto nel contesto del gruppo dei pari.

La terza sostanza più utilizzata è la cannabis, nei confronti della quale le risposte evidenziano una polarizzazione di percezioni.

La maggior parte del campione riconosce che si tratta di una sostanza psicoattiva, in grado di generare effetti cognitivi e percettivi significativi, come distorsioni della realtà e allucinazioni. Parallelamente a questa consapevolezza, emerge una tendenza a sminuire tanto la pericolosità dell'assunzione quanto le implicazioni legali legate al consumo.

La cannabis viene spesso associata al divertimento e al tempo libero, con una narrazione che normalizza l'uso e minimizza il rischio. In modo particolare, è emersa l'erronea convinzione che si tratti di una sostanza "biologica" ed "ecologica", il che contribuisce a ridurre la percezione di pericolosità.

Tali rappresentazioni sembrano riflettere una crescente accettabilità culturale della sostanza, che merita ulteriori approfondimenti in ottica preventiva ed educativa.

Relativamente all'uso improprio dei farmaci, il campione ha mostrato conoscenze circa i rischi del misuse e una consapevolezza diffusa rispetto alla pratica della ricetta illegale.

Per quanto riguarda le droghe in senso più ampio, il campione ha dimostrato una buona consapevolezza generale dei rischi e degli effetti sia dal punto di vista della salute che dal punto di vista legale.

L'analisi dei dati ha evidenziato i seguenti fattori di rischio:

- **Età adolescenziale:** il coinvolgimento in reati avviene in una fascia d'età critica, caratterizzata da una maggiore vulnerabilità alle influenze esterne e a comportamenti impulsivi.
- **Basso livello di istruzione:** la maggior parte dei partecipanti è in possesso solo della licenza media, il che limita le opportunità di inserimento lavorativo e aumenta il rischio di devianza.
- **Condizione di inoccupazione o precaria occupazione:** molti giovani sono studenti o inoccupati, una condizione che li espone a situazioni di marginalità sociale.
- **Influenza del contesto sociale e familiare:** la ripetizione di determinati reati suggerisce che alcuni giovani possano essere inseriti in ambienti con un'alta incidenza di comportamenti a rischio.
- **Prevalenza di reati contro la persona e reati legati alle sostanze stupefacenti:** l'alta percentuale di reati contro la persona e di reati legati alle sostanze riflette i principali trend osservati nella devianza giovanile. In particolare, le violazioni del T.U. 309/90 indicano una relazione tra reati in ambito minorile e uso o spaccio di sostanze stupefacenti.

Conclusioni

I dati raccolti in questo progetto confermano l'importanza di una combinazione tra intervento terapeutico mirato, supporto psicologico e la creazione di legami positivi con la comunità, elementi chiave per affrontare la marginalizzazione sociale che i giovani sottoposti a misure alternative alla detenzione vivono.

La gestione della stigmatizzazione, il miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari e sociali, e l'accompagnamento durante il processo di reinserimento sono componenti che devono essere integrate per favorire il recupero e ridurre il rischio di recidiva.

Il Servizio per le Dipendenze di Sassari sviluppa attività formative che informano sui rischi legati alle dipendenze, che includono il supporto psicologico e sociale e che promuovono fattori di protezione nei minori e giovani adulti, con l'obiettivo di far acquisire competenze relazionali e favorire l'autostima e l'auto efficacia dei giovani.

Solo attraverso un approccio multiprofessionale integrato ed inter-istituzionale, che comprenda sia l'aspetto educativo che quello psicologico, sociale e sanitario, si può sperare di raggiungere risultati duraturi nel processo di reinserimento sociale di questi giovani.

Si auspica che futuri studi possano approfondire ulteriormente l'efficacia di tali interventi integrati, al fine di consolidare le buone prassi esistenti e sviluppare nuove strategie di prevenzione e reinserimento sociale sempre più efficaci.

Riferimenti bibliografici

ASAM American Society Off Addiction Medicine (2020). *National Practice Guideline for The Treatment of Opioid Use Disorder*, pp. 57-58.

ESPAD Italia 2024 *European School Survey Project on alcohol and other drugs - Italy*.

Costabile A., Bellacicco D., Bellagamba F., Stevani J. (2011). *Fondamenti di psicologia dello sviluppo*. Bari: Laterza.

Bion W.R. (2009). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando.

Costabile A., Bellacicco D., Bellagamba F., Stevani J. (2011). *Fondamenti di psicologia dello sviluppo*. Bari: Laterza.

Korte M. (2020). The impact of the digital revolution on human brain and behaviour: where do we stand?. *Dialogue in Clinical Neuroscience*, 22(2): 101-1011.

Lucchini A. (2024). *Consumi e Dipendenze in Adolescenti e Giovani adulti*. Milano: FrancoAngeli.

Lugoboni F., Zamboni L. (a cura di) (2018). *In sostanza: Manuale sulle Dipendenze patologiche*. Ed CLAD Verona.

Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 Regione Autonoma Sardegna. 2024 - Relazione Annuale al parlamento sul fenomeno delle Dipendenze in Italia.

Siegel D.J. (2014) *La mente adolescente*. Milano: Raffaello Cortina.

Macrillò A., Filocamo F., Mussini G., Tripiccone D. (2024). *Il processo penale minorile con formulario e giurisprudenza*. Maggioli Editore.

Sussman S., Sussman A. (2011). Considering the definition of addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(4): 1024-1033. Doi: 10.3390/ijerph8104025.

Grant B.F., Chou S.P., Saha T.D., Pickering R.P., Kerridge B.T. (2001). Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: A 12-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, 63(1): 27-34. Doi: 10.1016/S0899-3289(01)00096-7.

Walton M.A., Reischl T.M., Lanza S.T. (2021). Lifting the bar: A relationship-orienting intervention reduces recidivism among children reentering school from juvenile detention. *Psychological Science*, 32(1): 59-70. Doi: 10.1177/09567976211013801.

Perry R., Durbin J., Williams K. (2014). Health care for youth involved with the correctional system. *Public Health*, 128(11): 953-960. Doi: 10.1016/j.pop.2014.05.007.

Carcere, gioco d'azzardo e dissociazione: un intreccio da esplorare

Simona Sarchi*, Concettina Varango**

SUMMARY

■ *Gambling is an important phenomenon, data from the Ministry of Health speak of a prevalence of 3% of problem gamblers, equal to 1,500,000 individuals in the total population (data from the Ministry of Health). These data cause some concern at an institutional level, so much so that plans aimed at the care and treatment of this form of behavioral addiction are now increasingly widespread.*

This article will explore the relationship between dissociation and pathological gambling, with a particular focus on the profile of gamblers in prison and the impact of the prison context on dissociative experiences.

Finally, we will discuss the importance of diagnosis and accessibility to alternative measures, treatment interventions and the importance of a positive physical and relational environment as prevention tools ■

Keywords: *Prison, Pathological gambling, Dissociative state, Certification.*

Parole chiave: *Carcere, DGA, Stato dissociativo, Certificazione.*

Introduzione

Il gioco d'azzardo rappresenta un fenomeno importante, i dati del ministero della salute parlano di una prevalenza del 3% dei giocatori problematici, pari ad 1.500.000 di individui sulla popolazione totale.

Questi dati destano una certa preoccupazione a livello istituzionale, tanto da rendere ormai sempre più diffusi i piani finalizzati alla cura e al trattamento di questa forma di dipendenza comportamentale.

Questo articolo esplorerà la relazione tra dissociazione e gioco d'azzardo patologico, con un focus particolare sul profilo dei giocatori in carcere e sull'impatto del contesto carcerario sulle esperienze dissociative.

Infine, discuteremo l'importanza della diagnosi e l'accessibilità alle misure alternative, gli interventi trattamentali e l'importanza di un ambiente fisico e relazionale positivo come strumenti di prevenzione.

La relazione tra dissociazione e gioco d'azzardo patologico

Per comprendere al meglio questa relazione è opportuno approfondire il significato del primo termine della relazione: la dissociazione.

Esso rimanda tout court a quadri patologici, ma esaminando la letteratura, scopriamo che esso si presenta in una

formulazione complessa, non univoca, ancorché correlata al quadro teorico di riferimento dei vari autori.

Secondo Benstein e Putnam (1986) e Seinberg (1991) le esperienze dissociative sarebbero da concettualizzare come esistenti su un continuum che varia da fenomeni "comuni" come ad esempio perdere la concezione del tempo, a esperienze più patologiche come la perdita dell'identità.

Accettando questo punto di vista, soltanto la differenza quantitativa della frequenza, del grado e/o dell'intensità dei sintomi dissociativi o dello stress che la accompagna, permette di diagnosticarlo come disordine associativo, quindi anche fenomeni dissociativi considerati più "seri", come la depersonalizzazione, possono essere visti come un'esperienza normale che solo a certi livelli può essere considerata patologica (Steinberg, 1991).

Altri autori, invece, distinguono due tipi concettualmente e statisticamente differenti di dissociazione, una che consiste in esperienze "non patologiche" come l'assorbimento psicologico, e l'altra che coinvolge esperienze patologiche come la depersonalizzazione e la derealizzazione (Steinberg, 1995).

Secondo altri la dissociazione si potrebbe pensare come un meccanismo di difesa utilizzato per bloccare la consapevolezza di esperienze traumatiche che non si riescono ad affrontare o per fuggire da situazioni in cui la fuga fisica risulta impossibile (Kihlstrom, 2005), proteggendo l'individuo da emozioni ed eccitazione estremi, causati da un evento traumatico o da memorie, svolgendo così una funzione adattiva.

Provando quindi a fare una sintesi tra le varie posizioni teoriche riportate potremmo utilizzare tre tipi di spiegazione: una è la collocazione delle esperienze dissociative

* Psicologa-psicoterapeuta S.C. Servizio Dipendenze ASST di Lodi.

** Direttore S.C. Servizio Dipendenze ASST di Lodi.

lungo un continuum a seconda dell'intensità e del tipo, la seconda è che le esperienze dissociative siano da considerarsi mal adattive solo se esperite spontaneamente continuativamente al di fuori di un contesto di stress severo o in presenza di stressor minori, la terza prevede che la dissociazione protegga l'individuo dalla consapevolezza cosciente del trauma e del suo seguito ma che, in ogni caso, esso lasci un'"impronta" nel cervello in forma di memoria non dichiarativa (Van der Kolke & Kadish, 1987) e quindi la dissociazione sarebbe un meccanismo di difesa imperfetto che non proteggerebbe l'individuo completamente dagli effetti del trauma con il doloroso residuo, a volte sotto forma di sintomo, con il quale egli dovrà eventualmente scontrarsi (Van der Kolke, Kadish, 1989).

Partendo da queste premesse il passaggio successivo ci porta a cercare di comprendere in che modo gioco e dissociazione si trovano in relazione.

Negli ultimi anni, effettivamente la ricerca ha evidenziato una connessione significativa tra dissociazione e comportamenti di gioco d'azzardo (Grabe *et al.*, 2000; Evren *et al.*, 2008; Wise, Mann & Sheridan, 2000).

Caretti e La Barbera (2005), sostengono come le persone affette da addiction (incluso il GAP) soffrono di un disturbo della regolazione degli affetti (alesitimia, incapacità di mentalizzare le emozioni, i sentimenti e gli impulsi) che impediscono loro di regolare e contenere le tensioni interne ed esterne; ed è per questo che questi soggetti sembrano essere guidati verso la dissociazione e tendano a ricercare stati alterati di coscienza attraverso comportamenti di dipendenza.

Già nel 1988 Jacobs suggerì che i pazienti dipendenti utilizzassero la dipendenza come una forma di auto-trattamento per sfuggire da sentimenti di infelicità o di stress cronico e che i dipendenti provassero una serie di esperienze simil-dissociative che li differenziava dai non-dipendenti.

Sempre Jacobs, nel 2000, rilevò l'accrescimento d'uso progressivo di 5 differenti reazioni dissociative esperite come direttamente correlate all'effetto crescente di problemi auto-riportati con il gioco: perdere la cognizione del tempo, sentirsi una persona differente, vedersi dall'esterno, sentirsi come in uno stato di trance, avere un vuoto di memoria.

Queste reazioni dissociative sono state rilevate come presenti in giocatori patologici, dipendenti da cibo e alcolisti.

Queste scoperte supportano fortemente una posizione centrale teoretica per cui, quando si abbandonano all'attività, le persone dipendenti tendono ad avere in comune un insieme di reazioni dissociative che li separa dai non-dipendenti.

La teoria di Jacobs che differenzia dipendenti e non-dipendenti sulla base dell'insorgere di fenomeni dissociativi o semi-dissociativi prevede un meccanismo alla base delle esperienze dissociative costituito da tre componenti: uno sfocato test della realtà causato dalla concentrazione completa dell'attenzione su una serie di specifici eventi del momento, la riduzione della critica a se stessi attraverso uno spostamento cognitivo interno che devia la preoccupazione delle proprie inadeguatezze personali o sociali (supportate dalla regolazione sociale che segnala accettazione e incoraggiamento del comportamento additivo) e la propensione per il "sogno ad occhi aperti" e fantasie di soddisfazione di

desideri che, a turno, facilitano la percezione di sé alterata positivamente.

Dato l'ampio raggio di attività associate alla dissociazione e il loro collegamento con la dipendenza sembra probabile che la dissociazione sia una parte fondamentale della dipendenza ma non è chiaro se sia una causa o un sintomo.

Anche Blazczynski (2000), nella sua classificazione di giocatori patologici parla di dissociazione, ma nel suo modello di classificazione sarebbe una caratteristica importante solo per il secondo sottogruppo, quello dei giocatori in fuga, disturbati emotivamente, incapaci di esprimere le loro emozioni direttamente ed effettivamente tendenti a esprimere comportamenti evitanti o passivo-aggressivi.

Per via di queste caratteristiche sarebbe più probabile che essi ricerchino esperienze dissociative come meccanismo di coping con i loro stati psicologici.

Nel primo sottogruppo i meccanismi di dissociazione sarebbero conseguenze più che motiva-gioco, mentre nel terzo gruppo, quello degli emotion-seekers, la ricerca di emozioni impedirebbe loro di avere reazioni dissociative.

La dissociazione rappresenta un elemento in comune tra gioco e PTSD (Coocke, 2002), sia per i sintomi che per la comorbilità, con la differenza che nel caso dei giocatori la dissociazione sarebbe uno stato ricercato volontariamente per evadere dai propri problemi, mentre per il PTSD lo stato viene esperito involontariamente per alleviare il trauma.

Entrambi i gruppi sperimentano inoltre anche la paralizzazione emotiva.

Altre ricerche suggeriscono che la dissociazione si presenti nell'esperienza dei giocatori in correlazione ai sintomi di astinenza, quando si tenta di fermare o rallentare il gioco (Rosenthal & Lesieu, 1992; Berg & Kulham, 1994).

Profilo del giocatore in carcere

Ovviamente anche la popolazione carceraria non è indenne dal gioco d'azzardo.

Una ricerca svolta da alcuni studiosi nelle carceri scozzesi e inglesi ha mostrato come, in linea con i risultati emersi in letteratura (Wardle *et al.*, 2011), la prevalenza di gioco problematico nel campione, nei dodici mesi precedenti l'ingresso in carcere, è risultata significativamente più elevata rispetto alla popolazione generale (12% vs 0,7%).

Ma chi sono i giocatori che si trovano in carcere?

Si tratta sicuramente di profili complessi che presentano spesso comorbilità con altre condizioni patologiche e/o con altre forme di dipendenza. In primo luogo va detto che secondo Lesieu e Blume (1991), i giocatori d'azzardo patologici hanno una probabilità significativamente più alta di affrontare problemi legali, inclusa l'incarcerazione.

I debiti, l'isolamento, l'impossibilità a condividere con la famiglia le gravi perdite economiche, conducono il giocatore ad optare per modi illegali di recuperare il denaro perduto al gioco.

Rapine, reati, furti e spaccio sono quindi finalizzati a saldare i debiti spesso contratti all'interno di circuiti illegali, nell'illusione di mantenere il controllo della situazione e ripristinare la condizione precedente e ricominciare a giocare, diventano invece la strada maestra che li conduce al carcere.

Il gioco d'azzardo può inoltre presentarsi anche in comorbidità con altre forme di dipendenze, in un intreccio in cui la sostanza alimenta la spinta verso il gioco o sostiene in alcuni la bolla dissociativa in cui il giocatore si rifugia, in altri la tendenza compulsiva, impedendo l'accesso al pensiero critico. Inoltre quando è presente una dipendenza da sostanze, il gioco può configurarsi come una sorta di "alternativa" quando la sostanza non risulta immediatamente disponibile. Non dimentichiamo infatti che l'attivazione dei circuiti della gratificazione è simile in entrambe le patologie.

Spesso nella storia dei giocatori in carcere si ritrovano traumi, problemi di salute mentale e difficoltà relazionali.

Parlando di traumi una particolare attenzione va riservata al trauma migratorio, che ritroviamo in molti dei detenuti presenti nelle carceri italiane.

Ricordiamo infatti che secondo l'ultimo rapporto dell'Associazione Antigone, i detenuti stranieri nelle carceri italiane sono pari al 31% dell'intera popolazione carceraria.

Si tratta di persone che hanno lasciato il loro Paese nella speranza di trovare migliori condizioni di vita per sé e per la propria famiglia o in fuga da Paesi in guerra.

Le condizioni di vita spesso in netto contrasto con quelle immaginate, le difficoltà d'integrazione, la separazione dalla famiglia l'esposizione alla violenza o discriminazione, sono solo alcune delle possibili esperienze traumatiche che possono accompagnare la persona in carcere.

Questi eventi possono influenzare profondamente l'identità e il benessere psicologico dell'individuo. Le emozioni di perdita, la paura e la vulnerabilità possono emergere e manifestarsi in vari modi.

In questa dimensione la dipendenza da sostanze e/o dal gioco d'azzardo costituiscono forme di coping disfunzionale, in grado di tenere lontano e di dissociare le emozioni disturbanti connesse al trauma o l'intera esperienza traumatica.

Il carcere come attivatore di esperienze dissociative

In continuità con quanto detto sopra in questa tipologia di pazienti e in generale nei giocatori del secondo gruppo definito da Blazczynski, è sicuramente presente il rischio che il carcere possa essere un attivatore di esperienze dissociative. Nel contesto carcerario infatti le condizioni di vita, l'isolamento e la mancanza di supporto emotivo possono creare le condizioni per amplificare questi stati.

Un interessante articolo di Richard H. McNally, "Remembering Trauma" (2003), discute come le esperienze di detenzione possano influenzare la memoria e la percezione di sé, portando a stati dissociativi.

L'esperienza del carcere è caratterizzata infatti da una serie di stressor psicologici, tra cui la perdita di libertà, l'isolamento sociale e la violenza, fattori che possono contribuire a stati dissociativi, come suggerito da autori come Van der Kolk (1994), che ha lungo ha studiato l'impatto del trauma sulla psiche.

A questi elementi si associano la scarsità di stimoli e la routine rigida, che possono portare i soggetti predisposti alla dissociazione come meccanismo di difesa.

Uno degli autori chiave in questo campo è Judith Herman,

che nel suo libro "Trauma and Recovery" (1992) esplora come il trauma possa influenzare la psiche e portare a stati dissociativi. Herman sottolinea che le esperienze traumatiche, come quelle vissute in contesti di detenzione, possono portare a una dissociazione come modo per affrontare il dolore e la sofferenza.

Certificare il Gioco d'azzardo Patologico per l'accessibilità alle misure alternative

Per quanto descritto sopra e le problematiche inerenti, diventa sempre più cogente fare diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) all'interno del contesto detentivo.

Abitualmente per fare diagnosi da DGA, vengono utilizzati i criteri del DSM-5 e dell'ICD-11. L'importanza della diagnosi non può prescindere dagli specificatori diagnostici, l'uso di scale di valutazione a fini diagnostici e infine la diagnosi differenziale.

Sebbene riconoscere il DGA sia una operazione generalmente facile, in alcune situazioni il clinico potrebbe trovarsi in difficoltà ed è bene che abbia dimestichezza con i principali elementi che consentono di supportarlo nel processo diagnostico soprattutto per l'ammissione alle Misure Alternative.

La diagnosi di DGA secondo il DSM-5 comprende tre distinte specificazioni che hanno la funzione di completare e meglio definire il profilo clinico del soggetto.

Le specificazioni riguardano l'andamento temporale del decorso clinico, la gravità, e il livello di remissione clinica.

Specificazioni riguardanti l'andamento temporale del decorso clinico

Generalmente nella prassi clinica le specificazioni non vengono codificate formalmente, tuttavia, vista la loro rilevanza, potrebbe essere considerata l'opportunità di incominciare a registrarle nella cartella clinica.

Analogamente ad altri quadri di dipendenza patologica, anche il DGA può mostrare un decorso *continuo* oppure *episodico*.

Nel primo caso i sintomi di DGA persistono per tempi lunghi (anni) in modo continuativo, seppur con variabilità, ma senza interruzioni o sospensioni.

Nel decorso episodico, al contrario, sono dimostrabili intervalli di almeno diversi mesi in cui il soggetto non ha giocato o quantomeno lo ha fatto in modo non eccessivo, con conseguente assenza di comportamenti sintomatici.

Lo specificatore di decorso è utile a fini prognostici.

Il DSM-5 tuttavia non distingue i periodi di remissione sintomatologica sulla base delle cause che li hanno determinati. È noto che alcuni soggetti giocano eccessivamente come risposta a eventi stressanti, problemi personali o familiari, alterazioni del tono dell'umore sia in senso depressivo che euforico.

La sospensione del gioco eccessivo può dipendere da fattori interni e portare a una remissione spontanea, ma anche da fattori esterni, ad esempio impossibilità di accedere al denaro, pressione da parte della famiglia, difficoltà ad accedere al

gioco (si consideri quanto accaduto nel periodo di lockdown nella pandemia Covid), riorganizzazione dello stile di vita o delle relazioni. L'operatore dovrà tenere presente e valutare con il paziente i fattori implicati sia nell'avvio che nella sospensione degli episodi di gioco.

Va soppesato il rischio di ricaduta che, tipicamente, viene sottovalutato o completamente negato da parte del soggetto. Per il giocatore patologico, ogni remissione, pur se oggettivamente di breve durata, è definitiva e per sempre, anche a fronte di precedenti episodi di ricaduta.

Specificatore di gravità

La definizione del livello di gravità rappresenta un compito molto complesso.

Non esiste una definizione standard di gravità.

Inoltre è ben noto che il quadro clinico del DGA integra problematiche attinenti ad aree vitali differenti.

Oltre ai fenomeni connessi al quadro di addiction da gioco d'azzardo, si potrebbero considerare le condizioni psicopatologiche, gli aspetti di personalità e del temperamento, le conseguenze economiche, relazionali e sociali del gioco eccessivo.

Il DSM-5 si limita specificamente alla sfera dei sintomi clinici che determinano la diagnosi. L'operatore potrebbe pensare, a ragione, che la diagnosi nosografica rappresenti una eccessiva semplificazione del quadro complessivo multidimensionale.

Tuttavia, la definizione della gravità in un'ottica multidimensionale richiederebbe innanzi tutto di circoscrivere le variabili da considerare.

Andrebbero quindi individuati adeguati strumenti di misura per la loro quantificazione.

Se da un lato il DSM-5 propone una definizione di gravità per molti versi semplicistica, dall'altro essa ha l'indubbia qualità di essere pratica e immediatamente operativa.

È infatti il semplice numero di sintomi presenti a determinarne il livello: *lieve*, in presenza di 4-5 criteri; *moderato*, in presenza di 6-7 criteri; *grave* quando i criteri soddisfatti sono 8 o 9.

Specificatore di remissione

Il DSM-5 ha avuto l'indubbio merito di proporre parametri espliciti per la definizione della remissione sintomatologica.

Molti quadri clinici di dipendenza patologica mostrano un andamento intermittente, con periodi di assenza di sintomi, ma con una elevata probabilità di ricaduta.

Le ricadute rendono difficile per l'operatore stabilire quando è opportuno avviare una fase di trattamento meno intensivo, quando programmare le dimissioni, quanto a lungo protrarre una osservazione post-terapia.

Per affrontare tali problemi, il DSM-5 offre le seguenti indicazioni: una *remissione precoce* richiede almeno 3 mesi, e fino a 12 mesi, di assenza completa di sintomi (da intendersi come assenza di criteri soddisfatti).

Al superamento di un anno di assenza di sintomi il giocatore può definirsi in *remissione protratta*.

Naturalmente la definizione di *remissione* non è equivalente ad una valutazione del rischio di ricaduta, che richiede una attenta analisi da parte del clinico.

In ogni caso è molto importante poterla formalizzare attraverso criteri standardizzati, anche per finalità di certificazione medico-legale.

Dalla complessità diagnostica del DGA al contesto forense

Posto l'assunto per cui ogni valutazione in ambito forense debba essere riferita e puntualmente contestualizzata al caso di specie, le dipendenze comportamentali possono essere considerate esempio dell'emergere di nuove istanze che possono essere implicate nel controverso concetto di "infermità" che in rapporto alle nostre norme penali di riferimento sostanzia l'esclusione totale o parziale dell'imputabilità (artt. 88 e 89 c.p.).

Il DGA è stato oggetto di ricerche ad ampio spettro che hanno prodotto una notevole evoluzione anche per le implicazioni giuridiche della diagnosi.

Nella giurisprudenza penale la posizione predominante rispetto a questo disturbo è stata di grande prudenza, finanche di scetticismo, rispetto all'eventuale incidenza quale condizione di "infermità" sulle funzioni dell'intendere e/o del volere dell'individuo.

Il dibattito dottrinale e clinico/scientifico intorno a questa patologia è stato ed è tuttora assai attivo e animato da interrogativi che riguardano parallelamente le due discipline.

Ciò si è imposto in virtù di alcuni elementi:

- *la diffusione epidemiologica del disturbo nella popolazione generale*: per quanto concerne l'Italia, sebbene venga indicata la mancanza di studi accreditati e validi nel fornire una precisa stima della diffusione di tale patologia, dati del 2012 del Ministero della Salute riportano una stima di giocatori d'azzardo problematici variabile dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale e per i giocatori d'azzardo patologici una stima variabile dallo 0,5% al 2,2%;
- *la complessità che tale disturbo mostra tanto sul piano diagnostico quanto su quello trattamentale*: dato l'ampio coinvolgimento delle diverse aree di funzionamento del soggetto affetto dalla patologia l'intervento deve essere multidimensionale, integrando il trattamento farmacologico con quello terapeutico, e deve coinvolgere non solo il paziente ma anche i suoi familiari. Il trattamento farmacologico è molto articolato, la ricerca ha coinvolto diverse classi di farmaci (antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, antipsicotici atipici, antagonisti degli oppiacei); tra gli indirizzi di trattamento terapeutico eccelle quello cognitivo-comportamentale, ma ha dimostrato ampia validità anche quello sistemico-relazionale;
- *i facili coinvolgimenti di soggetti affetti da tale dipendenza comportamentale in vicende di interesse giudiziario*: nel diretto ricorso ad attività illecite (truffe, furti, rapine, evasione fiscale, appropriazioni indebite, estorsioni), nel divenire facile bersaglio di manovalanza in attività gestite da criminalità organizzata, nonché nel coinvolgimento in vicende di interesse civilistico/risarcitorio (contenziosi lavorativi, inadempienze contrattuali, separazioni giudiziali, inabilitazione).

Un'adeguata informazione sulle caratteristiche specifiche del disturbo è importante nelle valutazioni in ambito forense, dove gli aspetti nosografici devono essere necessariamente integrati da quelli normativi «nel passaggio, cioè, da una realtà diagnosticabile a una realtà giudicabile».

In questo passaggio è necessario tradurre i correlati cognitivi e la dimensione di dipendenza comportamentale della specifica condizione patologica del soggetto in esame, laddove egli sia coinvolto nella commissione di atti antiggiuridici, in termini di “valore di malattia” tale da incidere sulle capacità di intendere e di volere abolendole totalmente o scemandole grandemente.

Già Ponti osservava che il concetto di infermità, così come è posto dal Codice Penale «è più ampio di quello di malattia, nel senso che non si limita esclusivamente alle vere e proprie malattie mentali, esattamente inquadrabili nella nosografia psichiatrica, ma ricomprende anche più estensivamente qualsiasi condizione patologica che sia stata in grado di interferire sulla capacità di intendere o di volere anche solo transitoriamente».

Sul piano della rassegna giurisprudenziale sono pochi i provvedimenti giudiziari che hanno riconosciuto al DGA un certo valore in termini di infermità «[...] è stata riconosciuta, a seguito di accertamento peritale, la sussistenza di una condizione di seminfermità mentale in un soggetto, condannato per il reato di peculato (ex art. 314 c.p.), poiché affetto da patologia da gioco d'azzardo. Il Giudice, in sede decisionale, ha infatti tenuto conto, tra le altre cose, dell'incidenza di tale disturbo sulla commissione dell'illecito, in quanto tale condizione ha parzialmente compromesso la capacità volitiva del soggetto al momento della commissione del fatto, pur essendo in lui conservata – seppur indebolita – la capacità di intendere» (Trib. Torino, Ud. n. 154 D del 20.01.2003, cit. in Bianchetti).

Siamo dunque di fronte a un'oggettiva situazione di incertezza che riguarda tanto la ricerca scientifica quanto la giurisprudenza, e tale incertezza assume la sua dimensione emblematica e di massima evidenza proprio nel terreno comune fra le due discipline.

Per quanto fino a qui osservato risulta necessario richiamare da un lato gli sviluppi della ricerca scientifica in merito alle dimensioni costitutive della patologia che possono richiamare i concetti di intendimento e volizione, dall'altro discutere del sostegno che tali risultati possono dare nel consolidamento di maggiori garanzie nella presa di decisione giudiziale e nell'esito del processo penale.

Rapportando le acquisizioni delle evidenze scientifiche sull'inquadramento nosografico del disturbo al contesto forense – ovvero effettuando il necessario passaggio dalla realtà diagnosticabile alla realtà giudicabile – si può sostenere che il DGA possiede le caratteristiche generali e una configurazione clinico-diagnostica tali da rientrare potenzialmente nei casi previsti dagli artt. 85, 88 e 89 c.p.

Nel contempo si può escludere che le condizioni di colui che è affetto da disturbo da GAP (e in tal senso certificato) rientri nelle fattispecie previste dall'art. 90 c.p., ovvero che il suo stato mentale possa essere inteso come il frutto di un semplice (transitorio) stato emotivo o passionale.

Affinché venga resa una compiuta valutazione del nesso eziologico tra patologia e fatto-reato, nella finalità di dover indicare in che termini la prima abbia inficiato l'integrità

delle capacità di intendere e di volere del soggetto in esame (al momento del compimento dell'illecito), si ritiene che l'assessment forense necessiti di un approccio diagnostico e descrittivo maggiormente rigoroso.

Gli interventi trattamentali, la cura dell'ambiente fisico e relazionale come strumenti di prevenzione

Da quanto detto sopra emergono alcune considerazioni importanti, la prima è che se il gioco d'azzardo ha rappresentato per una persona uno strumento di autocura che, favorendo stati dissociativi consente l'allontanamento di emozioni dolorose e vissuti traumatici, l'impossibilità di accedere ad esso può condurre inevitabilmente ad altre risposte disfunzionali.

Dall'altro lato emerge chiara la necessità di intercettare tra i detenuti non solo i giocatori, ma anche il loro gruppo di appartenenza in base alla classificazione di Blazczynski, al fine di individuare precocemente i pazienti a rischio di dissociazione.

La definizione di chiari e definiti percorsi di diagnosi attraverso strumenti validati e di trattamento dei giocatori in carcere, diventa allora un imperativo non solo in termini di tutela del diritto alla salute del detenuto, ma anche per le positive ricadute sull'organizzazione carceraria.

Senza voler cedere a pericolose banalizzazioni, è indubbio che un detenuto con un preciso inquadramento diagnostico e un piano di cura individualizzato, è un detenuto con minori spinte ad agiti aggressivi e con migliori possibilità di beneficiare di programmi di recupero.

Dal punto di vista dell'inquadramento diagnostico oltre al test SOGS, di estrema utilità in riferimento agli argomenti di questo articolo, sono il test GPQ (Gambling Pathways Questionnaire) il DES (Dissociative Experiences Scale).

Dal punto di vista dei percorsi terapeutici attivabili anche all'interno del carcere, finalizzati al trattamento della dipendenza da gioco d'azzardo, la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è uno dei metodi più utilizzati.

Questa terapia aiuta i detenuti a riconoscere e modificare i pensieri e i comportamenti disfunzionali legati al gioco d'azzardo.

Un altro strumento efficace sono i gruppi di supporto, dove i detenuti possono condividere esperienze e strategie per affrontare le loro difficoltà.

Questi gruppi si sono dimostrati in grado di migliorare la coesione sociale tra i detenuti, riducendo l'isolamento e aumentando la motivazione a cambiare.

Oltre agli strumenti formali di estrema importanza sono anche quelli che potremmo definire informali.

In questo senso anche l'ambiente fisico ha un ruolo nel promuovere il benessere e prevenire l'acuirsi di psicopatologie. Spazi verdi, aree di svago e condizioni di vita dignitose possono avere un impatto positivo sulla salute mentale dei detenuti.

Dal punto di vista simbolico la cura dell'ambiente restituisce a chi lo abita un messaggio di valore, ma non solo, è stato dimostrato che la presenza di aree verdi, è stata associata a una riduzione dello stress e a un miglioramento dell'umore.

Ovviamente anche l'ambiente relazionale è importante.

Un clima di fiducia e rispetto tra detenuti e personale carcerario può facilitare il processo di riabilitazione.

Il supporto tra detenuti, come la creazione di reti di sostegno, può aiutare a ridurre l'isolamento e promuovere un senso di comunità.

Elementi che devono essere attentamente costruiti e sostenuti da parte degli operatori e non essere lasciati all'improvvisazione, poiché in carcere è sempre presente il rischio che si replichino dinamiche relazionali disfunzionali e fondate su modelli criminali.

Conclusioni

Analizzare la relazione tra dissociazione e gioco d'azzardo non significa stabilire una connessione caratterizzata da una causalità deterministica, quanto piuttosto porsi nei confronti della problematica riconoscendo la complessità e le diverse sfaccettature del fenomeno.

Allora le connessioni esplorate in questo articolo rappresentano una delle possibili articolazioni in cui esso si manifesta e il carcere l'ulteriore variabile che incide in modo significativo sulla natura di questa relazione.

Posto che ci si auspica che anche la persona certificata come giocatore patologico, possa accedere quanto prima alle misure alternative alla detenzione, è fondamentale non rimanere bloccati in questa fase di vuoto normativo.

Quindi le osservazioni fin qui fatte impongono agli operatori del settore la costruzione e l'adozione di specifici PTDA per i giocatori in carcere, quale condizione essenziale in grado di prevenire la complessificazione di quadri psicopatologici e la possibilità per il detenuto giocatore di utilizzare appieno le risorse trattamentali del carcere e compiere un percorso riabilitativo dotato di senso.

Il disturbo da gioco d'azzardo (DGA nel DSM-5) rappresenta un esempio di come l'evoluzione della ricerca abbia contribuito alla revisione nosografica di condizioni psicopatologiche complesse, quali quelle rappresentate dalle dipendenze comportamentali, al pari di altre patologie della personalità.

Di recente il dibattito scientifico e dottrinale ha interessato anche il controverso tema dell'imputabilità, per valutare in che termini tale quadro diagnostico può acquisire valore di "infermità" tale da inficiare le capacità di intendere e di volere di un soggetto in esame.

Tuttavia, è sempre necessario traslare le acquisizioni cliniche, e sperimentali nell'esercizio della funzione peritale e di consulenza tecnica.

Il processo penale non è il luogo per le sperimentazioni, e l'unico strumento che l'esperto (perito, consulente tecnico) ha per gestire il passaggio delle nuove acquisizioni scientifiche dall'ambito clinico/sperimentale a quello forense è una accurata metodologia di assessment forense per ogni singolo caso in esame.

In questa sede si propone un percorso finalizzato all'adeguamento dell'assessment forense rispetto al profilo clinico del gioco d'azzardo patologico, valido esempio dell'evoluzione del reciproco rapporto fra scienze psichiatriche/psicologiche e giurisprudenza, in tema di imputabilità.

La diagnosi di gioco d'azzardo patologico in carcere è cruciale per diverse ragioni: permette di individuare chi ha biso-

gno di aiuto, facilita la messa in atto di interventi terapeutici specifici, e può avere un impatto positivo sulla gestione della popolazione carceraria.

Riferimenti bibliografici

- Benstein E.M., Putnam F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12): 727-735.
- Blaszczynski A., Nower L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5): 487-499.
- Caretti V., La Barbera D. (2005). *Manuale di psicopatologia delle condotte criminali*. Cortina Editore.
- Cooke A. (2002). Post-traumatic stress disorder and gambling: The role of dissociation. *Journal of Gambling Studies*, 18(1): 19-27.
- Evren C., Dalbudak E., Evren B. (2008). Relationship of alexithymia and dissociation with severity of pathological gambling in male substance dependent inpatients. *Psychiatry Research*, 158(1): 99-106.
- Grabe H.J., Spitzer C., Freyberger H.J. (2000). Dissociative disorders and pathological gambling. *Psychopathology*, 33(5): 261-269.
- Herman J.L. (1992). *Trauma and Recovery*. Basic Books.
- Jacobs D.F. (1988). Evidence for a common dissociative-like reaction among addicts. *Journal of Gambling Behavior*, 4(1): 27-37.
- Jacobs D.F. (2000). Structural characteristics of addictive behavior. In: P.E. Nathan, J.M. Gorman (Eds.). *A Guide to Treatments that Work* (2nd ed., pp. 553-575). Oxford University Press.
- Kihlstrom J.F. (2005). Dissociative disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 227-253.
- Lesieur H.R., Blume S. B. (1991). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addiction*, 86(8): 1017-1028.
- McNally R.J. (2003). *Remembering Trauma*. Harvard University Press.
- Odlaug B.L., Schreiber L.R., Grant J.E. (2012). Personality disorders and dimensions in pathological gamblers. *J Pers Disord.*, 26: 381-92.
- Odlaug B.L., Schreiber L.R., Grant J.E. (2013). Personality dimensions and disorders in pathological gambling. *Curr Opin Psychiatry*, 26: 107-12.
- Rosenthal R.J., Lesieur H.R. (1992). Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *American Journal on Addictions*, 1(2): 150-154.
- Steinberg M. (1991). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders* (SCID-D). American Psychiatric Press.
- Steinberg M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. American Psychiatric Press.
- Van der Kolk B.A., Kadish W. (1987). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2): 389-411.
- Van der Kolk B.A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5): 253-265.
- Wardle H. et al. (2011). *Problem gambling in prison populations: A literature review*. UK Gambling Commission.
- Wise R.A., Mann J., Sheridan M.J. (2000). Pathological gambling and dissociation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2): 172-183.

La sigaretta come rifugio: il fumo tra dissonanza e identità. Il caso di una paziente in attesa di trapianto

Concettina Varango*, Valentina Generani**

SUMMARY

■ *The link between tobacco addiction and access to life-saving care is a complex issue that raises clinical, psychological and ethical questions.*

Tobacco smoking is recognized as a major risk factor for chronic respiratory diseases, cardiovascular diseases and lung cancer (WHO, 2023; U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

In particular, in organ transplantation pathways, adherence to rigorous medical criteria is essential to ensure the candidate's suitability, the success of the operation and the patient's long-term survival.

In the context of lung transplantation, smoking cessation is an essential requirement.

Several studies show that continuing to smoke can compromise the function of the new organ, increase the risk of rejection and reduce post-operative.

However, nicotine addiction is a complex condition, rooted at both the neurobiological and psychological levels, and represents a significant challenge for many patients.

When addiction hinders the possibility of transplantation, difficulties arise not only for the patient, but also for health professionals, who must reconcile the principle of equity with the clinical responsibility to optimize the probability of transplant success.

In fact, transplant centers often exclude patients who are active smokers from waiting lists, as they are considered to be at greater risk of negative outcomes.

This article addresses the case of a patient with severe respiratory failure, whose possibility of entering the lists for lung transplantation is compromised by her persistent nicotine addiction.

The medical and psychological aspects of this condition will be analyzed, with reference to the scientific literature on addictions and behavioral change. ■

Keywords: *Nicotine withdrawal, Lung transplant, Motivational interventions in smoking cessation, Pharmacological interventions in smoking cessation.*

Parole chiave: *Astinenza da nicotina, Trapianto di polmone, Interventi motivazionali per la cessazione del fumo, Interventi farmacologici per la cessazione del fumo.*

Introduzione

Il legame tra dipendenza da fumo e accesso alle cure salvavita rappresenta un tema complesso che solleva interrogativi clinici, psicologici ed etici.

Il fumo di tabacco è riconosciuto come uno dei principali fattori di rischio per patologie respiratorie croniche, malattie cardiovascolari e cancro polmonare (WHO, 2023; U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

In particolare, nei percorsi di trapianto di organi, l'adesione a criteri medici rigorosi è fondamentale per garantire l'idoneità del candidato, il successo dell'intervento e la sopravvi-

venza a lungo termine del paziente (Fiore et al., 2012; ISHLT, 2021).

Nel contesto del trapianto polmonare, la cessazione del fumo è un requisito imprescindibile.

Diversi studi dimostrano infatti che il continuare a fumare può compromettere la funzione del nuovo organo, aumentare il rischio di rigetto e ridurre la sopravvivenza post-operatoria (Meyers et al., 2003; George et al., 2006).

Tuttavia, la dipendenza da nicotina è una condizione complessa, radicata sia a livello neurobiologico che psicologico, e rappresenta una sfida significativa per molti pazienti (Benowitz, 2010).

Quando la dipendenza ostacola la possibilità di trapianto, sorgono difficoltà non solo per il paziente, ma anche per i professionisti della salute, che devono conciliare il principio di equità con la responsabilità clinica di ottimizzare le probabilità di successo del trapianto.

* *Dirigente Medico, S.C. Servizio Dipendenze ASST di Lodi.*

** *Psicologo-Psicoterapeuta, S.C. Servizio Dipendenze ASST di Lodi.*

Infatti, i centri trapianto spesso escludono i pazienti fumatori attivi dalle liste d'attesa, in quanto considerati a maggiore rischio di esiti negativi (Gordon *et al.*, 2010).

Questo articolo affronta il caso di una paziente affetta da grave insufficienza respiratoria, la cui possibilità di entrare nelle liste per il trapianto polmonare è compromessa dalla sua persistente dipendenza da nicotina.

Verranno analizzati gli aspetti medici, psicologici di tale condizione, facendo riferimento alla letteratura scientifica sulle dipendenze e sul cambiamento comportamentale (Prochaska & DiClemente, 1983; West, 2006).

Il caso clinico

Tiziana, una donna di 57 anni, si è rivolta al nostro Servizio Antifumo della ASST di Lodi a causa delle difficoltà nello smettere di fumare, un ostacolo che le impedisce di essere inserita nelle liste per il trapianto di polmone.

I suoi problemi di salute sono iniziati nel 2015 con una polmonite.

Nel 2016 ha subito una lobectomia al polmone sinistro e, nel 2017, ha avuto il primo pneumotorace. Nel 2020, a causa della pandemia da Covid-19, è stata costretta a lasciare il lavoro, che per lei rappresentava molto più di una semplice occupazione: aveva un ottimo rapporto con i responsabili e con le colleghe, con cui aveva instaurato una relazione amicale.

La perdita di questa dimensione sociale e lavorativa, unita al periodo di isolamento, ha contribuito a una profonda depressione.

Tiziana si è sentita priva di un ruolo e di una funzione, e il malessere legato alla sua condizione di salute ha aggravato ulteriormente il suo stato d'animo.

In quel periodo aveva intrapreso un percorso psicologico, consigliato dal suo medico di base, che però ha abbandonato dopo poco.

Sempre nello stesso periodo, ha perso circa 15 kg.

Nel 2021 è arrivato "George", la macchinetta per l'ossigeno che Tiziana ha ribattezzato con un nome buffo e che deve portare sempre con sé.

Inizialmente, la presenza di George è stata per lei fonte di grande disagio: da un lato, si vergognava a farsi vedere in quelle condizioni; dall'altro, si sentiva limitata nelle attività quotidiane che un tempo svolgeva con facilità.

Tiziana racconta di essere sempre stata una persona dinamica, una "trafficonca", come si definisce lei stessa.

Ricorda con entusiasmo il Natale in cui si è regalata un trapano per poter svolgere piccoli lavori in casa.

Tiziana era solita organizzare con un'amica un mercatino d'antiquariato, amava andare a ballare ed era un fiume in piena di idee e creatività.

Tutte attività che, purtroppo, ha dovuto abbandonare a causa dei problemi di salute.

Nel 2022 Tiziana, mentre si trova a casa da sola, ha un arresto cardiaco.

Tiziana riporta questo episodio come molto traumatico. Tiziana non riusciva a respirare, ha chiamato più volte il figlio che era fuori casa con un amico, ma senza successo.

Una volta arrivato a casa, è stata portata d'urgenza al pronto soccorso.

Dopo questo ricovero, è stata inserita nel programma per accedere alla lista trapianti.

Purtroppo senza grande successo poiché Tiziana, nonostante la sua condizione, ha continuato a fumare e faticava a riprendere peso.

Alle difficoltà fisiche e psicologiche legate alla sua salute si aggiungono le preoccupazioni per suo figlio trentenne, Daniele, che ha una dipendenza da cocaina ed è senza lavoro.

Tiziana fa di tutto per far fronte ai "casini" che fa il figlio: ritiro della patente, debiti, licenziamenti, ma tutto questo le impedisce di concentrarsi sul suo percorso di cura.

La vita di Tiziana sembra costellata di eventi dolorosi.

Da giovane perde il padre a cui era molto affezionata e, a seguito di questo lutto, sviluppa un'alopecia totale.

Poco dopo la nascita di suo figlio Daniele, Tiziana si separa dal padre del bambino.

Successivamente, accoglie nella sua casa la madre, colpita da un ictus che muore pochi anni dopo.

Tiziana quando arriva al Servizio è sola, sebbene abbia due sorelle e un fratello, i rapporti con la sua famiglia si sono molto incrinati da quando, a detta delle sorelle, Tiziana "difendebbe" il figlio minimizzando la dipendenza del ragazzo.

Quando conosciamo Tiziana, vediamo una donna affaticata e sola ma che cerca in tutti i modi di tenere le cose in ordine.

La dipendenza da nicotina: oltre la scelta

Nonostante sia consapevole della gravità della sua condizione clinica, la signora non riesce a smettere di fumare, facendo emergere un conflitto emotivo: desidera vivere, ma non riesce ad abbandonare un'abitudine che mette a rischio la sua sopravvivenza.

A livello cerebrale, la nicotina agisce stimolando i recettori colinergici nicotinici, con conseguente rilascio di dopamina nel sistema mesolimbico, lo stesso circuito implicato nella dipendenza da altre sostanze come eroina e cocaina (Benowitz, 2010).

A questo meccanismo si aggiunge il condizionamento ambientale, che associa il comportamento del fumare a emozioni, rituali quotidiani o situazioni sociali specifiche, rendendo il distacco dalla sigaretta molto complesso (Shiffman *et al.*, 2007).

La dipendenza da nicotina si articola quindi in tre componenti:

1. *fisica*, che include la tolleranza alla sostanza e la comparsa di sintomi da astinenza come irritabilità, ansia, disturbi del sonno;
2. *psicologica*, con l'uso del fumo come strategia per regolare emozioni negative o gestire lo stress;
3. *comportamentale*, caratterizzata da automatismi e routine, spesso inconsapevoli (West, 2006).

Il processo di cambiamento, secondo il modello trans teorico di Prochaska e Di Clemente (1983), si sviluppa attraverso fasi successive (pre-contemplazione, contemplazione, preparazione, azione, mantenimento) e deve partire da una motivazione interna al soggetto.

In questo contesto, le persone affette da gravi patologie respiratorie vivono spesso una condizione di dissonanza cognitiva (Festinger, 1957), ovvero un conflitto tra il desiderio di sopravvivere e il comportamento autodistruttivo rappresentato dal continuare a fumare.

Per ridurre tale disagio psicologico, spesso i pazienti ricorrono a strategie di razionalizzazione o minimizzazione del rischio che ostacolano ulteriormente il cambiamento (McEwen *et al.*, 2008).

In questo scenario, la sigaretta per Tiziana è una compagna e, paradossalmente un'autocura che l'aiuta a modulare il tono dell'umore francamente depresso che si alterna a stati d'ansia importanti.

Anamnesi tabaccologica

La signora inizia a fumare all'età di 16 anni.

Genitori fumatori, due sorelle fumatrici ed 1 fratello ex-tabagista.

Separata con un figlio di 28 anni.

Ha fatto la terza media più 3 anni di parrucchiera.

Da settembre del 2023 in pensione e prima lavorava come operaia in una ditta che produce valvole per diversi dispositivi.

La signora è portatrice di ossigeno per BPCO al terzo stadio e se non smette di fumare e non aumenta di peso non può essere messa in lista di trapianto.

Ha dato un nome al suo presidio chiamandolo George.

Ha avuto due arresti cardiaci a settembre del 2023.

In cura al C.P.S. di Lodi da qualche anno per stato depressivo ed assume citalopram e diazepam. La signora riferisce di essere riuscita a smettere di fumare una sola volta mentre era ricoverata in Ospedale per circa 3 mesi e, successivamente riprende in seguito riprese ascrivendolo ad una serie di problemi economici e familiari.

Il test di Fagerstrom evidenzia una dipendenza media e il test motivazionale evidenzia che la signora è pronta per smettere di fumare.

La signora chiede un supporto psicologico, pesa 32 kg e la quantità di sigarette è di 20 al giorno.

Percorso di disassuefazione

L'inizio del percorso è difficoltoso per la presenza di resistenze da parte della signora, l'alta conflittualità con il figlio e la grave situazione economica in cui versa.

Tiziana non è disposta ad assumere farmaci specifici per la disassuefazione tabagica perché teme gli effetti collaterali sulle sue condizioni fragili di salute e l'inappetenza.

Si incomincia con sedute di counselling motivazionale e psicoterapico.

Dopo aver parlato con lo psichiatra, e considerando il disturbo ansioso-depressivo s'intraprende uno switch dal citalopram al bupropione al dosaggio di 150 mg considerando che è indicato come aiuto alla cessazione dell'abitudine al fumo unitamente ad un supporto motivazionale in paziente nicotino-dipendente.

Il farmaco inibisce la ricaptazione neuronale e potenzia gli effetti della noradrenalina e della dopamina.

Si prosegue il percorso di disassuefazione con delle sedute di Acudetox (auricoloterapia).

Sul padiglione auricolare sono presenti punti corrispondenti ad aree del corpo e funzioni organiche: attraverso questi "punti di controllo" è possibile ottimizzare le funzioni corporee, emozionali, e mentali.

La tecnica presuppone che ogni organo, struttura anatomica e centri di controllo siano proiettati sulla superficie del padiglione auricolare, come punti o aree.

L'orecchio è collegato al Sistema Nervoso Centrale ed Autonomo in modo bidirezionale, tramite il nervo Trigemino, il nervo Vago, il nervo Faciale, il nervo Glossofaringeo.

Attraverso l'Auricoloterapia si possono trattare moltissime manifestazioni patologiche funzionali, da quelle digestive al dolore, a quelle psichiche come ansia e attacchi di panico, fino alla dipendenza da fumo.

Gli interventi intrapresi insieme al supporto psicoterapico, aiutano la signora a stare meglio, smettendo di fumare ed aumentando di peso, criteri necessari per poter essere inserita nella lista trapianti.

La paura del trapianto e il fumo come strategia difensiva

Nel caso di Tiziana, la paura dell'intervento chirurgico potrebbe rappresentare un elemento importante rispetto alla sua resistenza al cambiamento.

Il trapianto rappresenta infatti anche una minaccia alla propria identità e un confronto con la propria vulnerabilità e mortalità.

Tale condizione può innescare comportamenti di evitamento, come meccanismo di difesa a fronte di una angoscia esistenziale (Baumeister, Dale & Sommer, 2005).

In questo contesto, il fumo può assumere la funzione di strategia difensiva, offrendo un'illusione di controllo e stabilità di fronte all'incertezza dell'intervento e del futuro.

Secondo Dijkstra *et al.* (2008), in situazioni di stress acuto, il mantenimento di comportamenti disfunzionali, quali il fumo, può essere interpretato come una forma di "coping maladattivo".

Tale comportamento si accentua in presenza di fattori stressanti esterni, come difficoltà economiche o relazioni familiari problematiche.

Nel caso di Tiziana, il contesto familiare complicato, in particolare la dipendenza da sostanze del figlio e le fatiche economiche, possono rappresentare un ulteriore ostacolo alla motivazione personale.

La letteratura mostra che in molte famiglie colpite dalla dipendenza, l'attenzione è spesso rivolta all'altro "malato", portando alla trascuratezza della propria salute fisica e mentale (Meyer, Novak & Vlahov, 2017).

Il fumo, in questo quadro, si configura come uno strumento di coping, una situazione conosciuta e "gestibile" all'interno di una condizione di instabilità.

Secondo Moser *et al.* (2016), affrontare una malattia cronica e mettersi in lista per il trapianto comporta una ristrutturazione dell'identità personale.

Questo processo è vissuto con paura da molti pazienti, perché implica l'abbandono di un'identità "nota" per entrare in una condizione di incertezza.

In tal senso, la sigaretta diventa un ancoraggio simbolico alla vecchia identità e alla quotidianità pre-malattia.

La resistenza al cambiamento va quindi letta non solo in termini biologici o neurochimici, ma anche come un meccanismo psicologico, dove il timore di perdere il controllo della propria vita può superare anche la spinta alla sopravvivenza. Il conflitto tra il desiderio di guarigione e la paura dell'intervento si colloca all'interno di una dinamica difensiva complessa, in cui la dipendenza da nicotina diventa una protezione contro una trasformazione percepita come destabilizzante e minacciosa (Rabe, Wendenburg & Ziegenbein, 2011).

Affrontare questa resistenza richiede un approccio integrato e multiprofessionale, che tenga conto non solo degli aspetti medici e farmacologici della dipendenza, ma anche delle paure, delle relazioni familiari e delle sfide identitarie che ne condizionano il mantenimento.

Dinamiche psicologiche e difese inconsce nel percorso di Tiziana

Tiziana porta con sé una storia segnata da perdite significative e da un senso di precarietà affettiva e identitaria, che sembrano aver avuto un impatto sul modo di rapportarsi alla vita e alla malattia.

La sua difficoltà nello smettere di fumare, nonostante le gravi conseguenze per la sua salute, può essere letta anche come l'esito di dinamiche inconsce di attaccamento e difesa (Fonagy *et al.*, 2002).

Il corpo come scena del conflitto psichico

Sin dalla perdita del padre nel 1995, seguita dallo sviluppo di un'alopecia totale, il corpo di Tiziana sembra aver espresso un dolore che non ha trovato parole o contenitori affettivi adeguati.

Le sue esperienze di vita sono costellate da eventi traumatici che hanno richiesto rapidi adattamenti e difese rigide: la nascita del figlio, la separazione, la malattia della madre e, infine, la malattia.

Secondo la prospettiva psicosomatica, quando l'elaborazione emotiva viene bloccata, il corpo diventa la scena del conflitto psichico (Marty, 1990).

In questo senso, l'uso del corpo come veicolo di espressione del dolore può sostituire la parola quando il trauma non è simbolizzabile.

Secondo McDougall (1989), il corpo può diventare il teatro di rappresentazione di conflitti emotivi non mentalizzati, in particolare in personalità che tendono a "agire" piuttosto che "pensare" il proprio vissuto.

Tiziana potrebbe aver sviluppato un meccanismo difensivo di negazione o scissione, mantenendosi attiva e funzionale per non contattare il vuoto o il dolore interno.

Il "fare" diventa allora un modo per non sentire, e il fumo potrebbe svolgere la funzione di oggetto transizionale (Winnicott, 1953), un oggetto di conforto che le permette di contenere emozioni troppo intense.

Inoltre la vergogna per l'ossigeno, la perdita di autonomia e l'immobilità possono essere vissuti come minacce narcisi-

stiche, poiché mettono in crisi l'immagine di Tiziana come donna attiva, autosufficiente e capace.

Accettare la malattia equivarrebbe ad accettare una nuova immagine di sé, più fragile, dipendente e bisognosa di aiuto, con cui può essere difficile per lei identificarsi (Charmaz, 1983).

Il fumo come legame col passato

Nonostante Tiziana sia consapevole delle implicazioni negative del continuare a fumare, la sua incapacità iniziale nell'interrompere tale comportamento suggerisce significati multipli e complessi. La sigaretta può rappresentare un *legame con il passato*, un rituale che garantisce continuità in un'esistenza segnata da rotture e trasformazioni (Khantzian, 1997); un *atto di autonomia*, una *forma di controllo su un corpo e una vita percepiti come sfuggenti*; un *autosabotaggio* connesso a sentimenti di colpa non elaborati (Freud, 1923).

L'ambivalenza rispetto alla rinuncia di tale comportamento può essere inoltre vista come una manifestazione di attaccamento disorganizzato, in cui ciò che è dannoso è anche fonte di sollievo, riproponendo dinamiche precoci di accudimento (Main & Solomon, 1990).

Il bisogno di attenzione e riconoscimento

Il legame con il figlio, affetto da dipendenza da cocaina e senza un'occupazione stabile, appare un nucleo critico nella sua vita psichica.

La cura costante per gli altri – prima la madre, ora il figlio – può indicare una modalità relazionale basata sul sacrificio, dove il bisogno dell'altro prevale sempre su quello personale (Minuchin *et al.*, 1978).

Tiziana potrebbe sperimentare un conflitto tra il desiderio di essere accudita e il dovere di accudire. Il fumo, in questo caso, potrebbe rappresentare una forma silenziosa di autocompassione o di protesta non espressa, un bisogno non verbalizzato di attenzione e riconoscimento.

Inoltre il senso di colpa legato alla condizione del figlio ha intensificato un sentimento di fallimento personale mantenendo una forma depressiva che alimenta ulteriormente la dipendenza (Beck, 1967).

Conclusioni

Il percorso terapeutico di Tiziana si è sviluppato nell'arco di oltre un anno e, sebbene persistano alcune aree di vulnerabilità, ha portato a dei cambiamenti significativi.

Gradualmente, ha acquisito una maggiore consapevolezza del suo funzionamento, riuscendo a tollerare il senso di perdita e la paura del cambiamento senza esserne sopraffatta (Fonagy *et al.*, 2002; McWilliams, 2011).

Anche la relazione con il figlio, un tempo fonte costante di ansia e colpa, ha assunto contorni più sani. Tiziana ha compreso che prendersi cura di sé non significa abbandonare l'altro, ma ridefinire i confini in modo più funzionale (Minuchin *et al.*, 1978).

In questo processo, ha imparato a gestire l'ansia in modo più maturo, evitando che il bisogno di controllo prenda il

sopravvento e riconoscendo che il benessere del figlio non può dipendere interamente da lei (Beck, 1967). Il figlio ha potuto chiedere aiuto al Servizio Dipendenze e sta facendo un suo percorso di cura. Uno degli obiettivi più impegnativi è stato smettere di fumare, un comportamento che per anni ha rappresentato un meccanismo difensivo della sofferenza psichica. La sigaretta ha rappresentato un meccanismo di regolazione affettiva, un contenitore immediato per stati emotivi insostenibili (Khantzian, 1997). Attraverso il lavoro terapeutico, Tiziana ha potuto riconoscere la funzione simbolica del fumo di conforto, ribellione, controllo e anestesia del dolore (Winnicott, 1953; McDougall, 1989). Parallelamente Tiziana ha ripreso contatto con parti vitali di sé: piccoli progetti creativi, momenti di leggerezza, relazioni più autentiche. Questi elementi indicano una riattivazione dell'energia e una maggiore possibilità di investimento su se stessa e sul presente (Blatt & Levy, 2003). Il cambiamento non è stato repentino né privo di cadute, ma ha generato una nuova narrativa identitaria, più complessa, autentica e integrata (Bruner, 1990). Tiziana ha imparato che il dolore può essere espresso, che la fragilità non equivale a fallimento e che convivere con la fatica non significa soccombervi. Ad oggi sono circa sei mesi che Tiziana non fuma ed è aumentata di peso. La buona riuscita di questo percorso terapeutico può essere attribuita all'approccio integrato adottato, che ha previsto colloqui di counseling medico, sedute di Acudetox (auricoloterapia), psicoterapia e un adeguamento farmacologico. Questa strategia multidisciplinare ha permesso infatti di tenere in considerazione le diverse caratteristiche e le differenze sfumate emotive della paziente, facilitando un processo di cura più efficace. L'adozione di un intervento integrato e sinergico tra le diverse discipline ha favorito infatti il percorso di guarigione poiché ha tenuto conto delle diverse fasi di adattamento di Tiziana alla terapia rispondendo ad esse in modo flessibile e puntuale.

Riferimenti bibliografici

- Allen J.G., Fonagy P., Bateman A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing.
- Baumeister R.F., Dale K., Sommer K.L. (2005). Freudian defense mechanisms and empirical findings in modern social psychology: Reaction formation, projection, displacement, undoing, isolation, sublimation, and denial. *Journal of Personality*, 73(5): 1161-1200.
- Beck A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row.
- Benowitz N.L. (2010). Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*, 362(24): 2295-2303.
- Blatt S.J., Levy K.N. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(1): 102-150.
- Bruner J. (1990). *Acts of meaning*. Harvard University Press.
- Charmaz K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness*, 5(2): 168-195.
- Dijkstra A., Brosschot J.F., Kroone H. (2008). Coping with preoperative anxiety: The role of perceived control, coping strategies, and anxiety. *Psychology and Health*, 23(6): 787-799.
- Festinger L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Fiore M.C., Jaén C.R., Baker T.B. et al. (2012). *Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.
- Freud S. (1923). *Il disagio della civiltà*. Opere Complete.
- George P.M., Wells A.U., Jenkins R.G. (2006). Pulmonary transplant outcomes and smoking. *European Respiratory Journal*, 28(1): 144-145.
- Gordon E.J., Daugherty C.K. (2010). "Can we say no?" The ethics of refusing to place patients on the organ transplant waiting list. *The American Journal of Bioethics*, 10(3): 1-10.
- ISHLT (2021). *International Society for Heart and Lung Transplantation: Candidate Selection Guidelines*.
- Khantzian E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5): 231-244.
- Main M., Solomon J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg, Cicchetti, Cummings (Eds.). *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). University of Chicago Press.
- Marty P. (1990). *L'ordre psychosomatique*. Presses Universitaires de France.
- McDougall J. (1989). *Theaters of the mind: Illusion and truth on the psychoanalytic stage*. Brunner/Mazel.
- McEwen A., West R., McRobbie H. (2008). Motivational interviewing in smoking cessation. *BMJ*, 337, a639.
- McWilliams N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). Guilford Press.
- Meyer J.P., Novak S.P., Vlahov D. (2017). Family support and treatment outcomes for women with co-occurring substance use and mental health disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 79: 12-20.
- Meyers B.F., Patterson G.A., Cooper J.D. (2003). Lung transplantation: Indications and contraindications. *Chest Surgery Clinics of North America*, 13(1): 1-20.
- Minuchin S., Rosman B.L., Baker L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.
- Moser D.K., Riegel B., McKinley S., Doering L.V., Meischke H., Pelter M.M., Davidson P. (2016). The impact of anxiety and depression on adherence to treatment regimens in patients with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(6): 529-537.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3): 390-395.
- Rabe S., Wendenburg G., Ziegenbein M. (2011). Psychological distress and coping in patients awaiting lung transplantation: A comparison of candidates with cystic fibrosis and COPD. *Transplantation Proceedings*, 43(2): 535-538.
- Shiffman S., Dunbar M.S., Kirchner T.R., Li X., Tindle H., Scholl S. (2007). Smokers' use of smoking cessation interventions in real-world settings. *Addiction*, 103(8): 1371-1382.
- U.S. Department of Health and Human Services (2014). *The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the Surgeon General*.
- West R. (2006). *Theory of addiction*. Blackwell Publishing.
- West R., Shiffman S. (2016). Smoking cessation. In: D.J. Nutt, L.A. Verbeke, C.R. Lader (Eds.). *Handbook of clinical psychopharmacology* (pp. 195-212). CRC Press.
- Winnicott D.W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 34: 89-97.
- World Health Organization (WHO) (2023). *WHO report on the global tobacco epidemic*.

ALCOVER®

sodio oxibato

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



ALCOVER®
175 mg/ml soluzione orale

A.I.C. n. 027751066

Titolare A.I.C.: **Sodio oxibato**
Flacone da 140 ml con misurino dosatore

LABORATORIO FARMACEUTICO

COMPOSIZIONE: Ciascun ml di soluzione contiene sodio oxibato 175 mg, Saccarina sodica, metile para-idropropile para-idrossibenzoato, so amarena, acido citrico, acqua de

LEGGERE IL FOGLIO ILLUSTRATIVO PRIMA DELL'USO. UTILIZZARE IL PRODOTTO ENTRO 30 GIORNI PRIMA APERTURA DEL FLACONE. IL PRODOTTO ECCEDENTE ANDRÀ BUTTATO.

Da vendersi dietro presentazione di ricetta una sola volta con prescrizione da parte assistiti (SerT). Servirsi degli appositi raccolta differenziata dei medicinali. **NON BUTTARE IL PRODOTTO NELL'AMBIENTE DOPO L'USO.**

Medicinale soggetto alla disciplina del DPR 309/90 - Tabella medicinali Sezione B

Lotto Scad.

ALCOVER® 175 mg/ml soluz
Sodio oxibato Flacone 10 ml

LEGGERE IL FOGLIO ILLUSTRATIVO PRIMA DELL'USO. UTILIZZARE IL PRODOTTO ENTRO 30 GIORNI PRIMA APERTURA DEL FLACONE. IL PRODOTTO ECCEDENTE ANDRÀ BUTTATO.

COMPOSIZIONE: Ciascun ml di soluzione con 175 mg. Eccipienti: Saccarina sodica, metile propile para-idrossibenzoato, sorbitolo, acido citrico, acqua depurata.

Servirsi degli appositi contenitori per la raccolta. **NON DISPERERE IL PRODOTTO NELL'AMBIENTE.** Medicinale soggetto alla disciplina del DPR 309/90 - Tabella medicinali

LABORATORIO FARMACEUTICO

Titolare A.I.C.: Laboratorio Farmaceutico C.T.S. A.I.C. n. 027751078

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 © 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>



XIV CONGRESSO NAZIONALE

FeDerSerD

FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

MILANO
29-30-31
ottobre
2025

**Prevenzione e cura
delle dipendenze**
**TRAGUARDI RAGGIUNTI
E NUOVE PROSPETTIVE DI
INTERVENTO E DI RICERCA**

Centro Congressi QUARK Hotel Milano

call for abstract

31 TOPICS preparatori e congressuali del XIV Congresso Nazionale FeDerSerD. Gli autori avranno la possibilità di inviare gli abstract alla Segreteria Organizzativa tramite la procedura ONLINE disponibile sul sito del congresso

congressonazionale.federserd.it
www.federserd.it - www.expopoint.it
utilizzando l'apposito FORM ONLINE

Deadline per il ricevimento
Lunedì 29 Settembre 2025

premio

**"Traguardi e prospettive dei Servizi
delle Dipendenze"**
In memoria di GUIDO FAILLACE

*Verranno premiati i 5 migliori
lavori Abstract che valorizzeranno
esperienze innovative e buone prassi
nell'ambito della prevenzione e cura delle
dipendenze, con una attenzione particolare
ai lavori sottomessi da parte
di professionisti Under 40*

Ulteriori info su
congressonazionale.federserd.it

info

Il Congresso è accreditato ECM per le seguenti figure professionali del settore: **medico chirurgo (tutte le specializzazioni), psicologo, infermiere, farmacista, educatore professionale, tecnico della riabilitazione psichiatrica, assistente sanitario, biologo - n. 4,8 crediti formativi.** Richiesto Accreditamento anche per **assistente sociale** secondo l'Ordine di riferimento.

Evento n. 908-457719

Obiettivo formativo
n. 2 - Linee guida - protocolli - procedure

PROGRAMMA
INFO CALL FOR ABSTRACT
MODALITÀ D'ISCRIZIONE



EXP POINT
CONGRESSI • EVENTI • COMUNICAZIONE

federserd@expopoint.it | www.federserd.it | www.expopoint.it

FAD SINCRONA • 4 WEBINAR di 4 ore con accreditamento ECM

20 25
 Scuola di formazione
 "Rita Levi Montalcini"
 FeDerSerD

lunedì 29 settembre
 lunedì 6 ottobre
 lunedì 13 ottobre
 lunedì 20 ottobre
2025
 14.30-18.30

SCUOLA DI ALTA FORMAZIONE IN ALCOLOGIA 2025

Il trattamento del Disturbo da Uso di Alcol: la complessità delle cure e degli interventi

Con il contributo non condizionante di 

1° incontro – lunedì 29 settembre
Uso di Alcol – Sistemi diagnostici di riferimento

2° incontro – lunedì 6 ottobre
Aspetti diagnostici – Poliabus – Comorbilità psichiatrica

3° incontro – lunedì 13 ottobre
Valutazione multiprofessionale e obiettivi del trattamento – Terapie farmacologiche – Medicina di genere – la fetopatia alcolica

4° incontro – lunedì 20 ottobre
Il Territorio: MMG, associazionismo, reti d'intervento e residenzialità

DESTINATARI – TARGET RIFERIMENTO
 Il Percorso Formativo - webinar Fad Sincrona - è accreditato ECM per: **medico** (TUTTE LE SPECIALIZZAZIONI), **psicologo** (PSICOTERAPIA; PSICOLOGIA) **infermiere, educatore professionale, tecnico della riabilitazione psichiatrica, farmacista, chimico, assistente sanitario.** Sono stati assegnati **n. 24 crediti formativi.** È accreditato anche per la figura dell'**Assistente Sociale** secondo l'Ordine professionale di riferimento. n. 4 sessioni formative di 4 ore (14.30-18.30) per un totale di n. 16 ore di formazione.

ID ECM 2091-458198
 COD OB - 5 - Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie
 RESPONSABILE SCIENTIFICO - Dr. Giovanni Galimberti

ENTE PROMOTORE  www.federserd.it

PROGRAMMA - INFO - ISCRIZIONI 

PROVIDER n. 2091 e SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
 EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi Comunicazione

 **EXPO POINT**
 Via Nazario Sauro, 2/4
 20146 Milano - C.A.P. 20133
 tel. 02 748814 segreteriacongressi@expopoint.it
www.expopoint.it



aderente a:



Sede legale: Piazza Carlo Stuparich 8, 20148 Milano

Consiglio Direttivo Nazionale

- Roberta Balestra (presidente),
- Marco Riglietta (vice presidente vicario),
- Marialuisa Grech (vice presidente),
- Vincenza Ariano (segretario esecutivo),
- Felice Nava (direttore comitato scientifico),
- Vincenzo Lamartora (vice direttore comitato scientifico),
- Giulia Audino, Stefano Burattini, Roberto Calabria,
- Lorenzo Camoletto, Mario Cappella,
- Roberto Carrozzino, Ferdinando Cerrato,
- Rosalba Cicalò, Edoardo Cozzolino,
- Simone De Persis Giovanni Di Martino,
- Donato Donnoli, Maurizio D'Orsi,
- Giovanni Galimberti, Mara Gilioni,
- Erika Lo Presti, Alfio Lucchini,
- Antonella Manfredi, Cristina Meneguzzi,
- Bettina Meraner, Marzi Merlino, Giovanna Morelli,
- Lilia Nuzzolo, Giorgio Pannelli, Daniele Pini,
- Maria Rita Quaranta, Luca Rossi, Romina Rossi,
- Francesco Sanavio, Liliana Schifano,
- Giorgio Serio, Margherita Taddeo, Paola Trotta,
- Concettina Varango.

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 conferma con invio e-mail con credenziali di accesso area Socio riservata.

ANNO 2025 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere a Expo Point per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

INDIRIZZO (personale) _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____

TITOLO DI STUDIO _____

DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____

SPECIALIZZAZIONE _____

POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____

INDIRIZZO (lavorativo) _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____

PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

Chiedo

- Di essere iscritto in qualità di Socio Ordinario per l'anno 2025
 - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di socio ordinario per l'anno 2025
- a **FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze**

_____ li ____ / ____ / ____ Firma _____

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

Versamento quota associativa di € 50,00 (medici e psicologi) € 30,00 (altre professioni) (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).