

FeDerSerD

informa

n. 38

ottobre 2025

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

indice

I TOPICS del XIV Congresso Nazionale FeDerSerD

1 Disturbo da uso di oppiacei: efficacia dei trattamenti, qualità della vita e riduzione danno	<i>pag.</i> 3
2 Personalizzazione delle cure nelle dipendenze: nuove prospettive	<i>pag.</i> 23
3 Carcere ed esigibilità delle cure	<i>pag.</i> 89
4 Disturbo da uso di alcol: comorbidità, e riduzione del danno	<i>pag.</i> 121
5 Tabagismo: comorbidità, trattamento e riduzione del danno	<i>pag.</i> 124
6 Cocaina e psicostimolanti. Quali farmaci per quali pazienti	<i>pag.</i> 126
7 NPS: dall'impatto sulla salute al possibile intervento	<i>pag.</i> 129
8 Pain killers: Fentanyl e non solo	<i>pag.</i> 131
9 Prevenzione universale, selettiva e indicata: quali interventi e quali contesti	<i>pag.</i> 134
10 Sessualità ed uso di sostanze. Non solo Chem sex	<i>pag.</i> 185
11 Il laboratorio di tossicologia: diagnosi e monitoraggio clinico tossicologico	<i>pag.</i> 193
12 Il disturbo da gioco d'azzardo, IAD e altre dipendenze comportamentali: strategie di intervento	<i>pag.</i> 199
13 Comorbidità infettivologica	<i>pag.</i> 242
14 Comorbidità psichiatrica	<i>pag.</i> 243
15 Psicoterapie e dipendenze	<i>pag.</i> 264
16 Organizzazione dei servizi per le dipendenze: modelli organizzativi innovativi	<i>pag.</i> 270
17 L'intervento precoce: modelli e reti di intervento	<i>pag.</i> 287
18 La tutela della salute nei consumatori di sostanze	<i>pag.</i> 306
19 Consumi e dipendenze: un approccio di genere	<i>pag.</i> 315
20 Consumo di sostanze e migranti: evidenze e risposte possibili	<i>pag.</i> 332
21 Ricerca scientifica in clinica delle dipendenze	<i>pag.</i> 341
22 Esperienze formative propedeutiche ad una scuola di specializzazione nelle dipendenze	<i>pag.</i> 357
23 Recovery nelle dipendenze	<i>pag.</i> 358
24 Esperienze di formazione e reinserimento e lavorativo, con particolare agli under 25	<i>pag.</i> 368

Supplemento a Mission
PERIODICO TRIMESTRALE
DELLA FEDERAZIONE
ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI
SERVIZI DELLE DIPENDENZE

Supplemento al N. 71
anno XIX - 2025
Proprietà: FeDerSerD
Sede legale
Piazza Carlo Stuparich, 8
20148 Milano

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 Riglietta, ASST Papa
Giovanni XXIII Bergamo;
Giorgio Serio, Palermo; Enrico
Tempesta, Osservatorio Alcol
e Giovani Roma Editorial
Board Sandra Basti (Pavia);
Maria Luisa 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 Varango (Lodi)

Editorial Office
CeRCo - Milano
tel. 335.6612717
missionredazione@gmail.com

Proprietà
FeDerSerD
Sede legale
Piazza Carlo Stuparich, 8
20148 Milano

Direttore responsabile
Stefano Angeli

Copyright by
FrancoAngeli s.r.l. Milano
Edizione fuori commercio

Area tematica 1

DISTURBO DA USO DI OPPIACEI: efficacia dei trattamenti innovativi, qualità della vita e riduzione del danno

1.1

LE TRAIETTORIE EVOLUTIVE DELL'USO DI SOSTANZE ILLECITE NEGLI ADOLESCENTI: LE INFLUENZE GENITORIALI COME PROCESSO COMPLESSO

Marcelli S.*^[1], Pelusi G.^[2], Borgognoni C.^[2], Gatti C.^[2],
Baglioni I.^[3], Liberati S.^[3], Gloria D.^[1]

^[1]AST ASCOLI PICENO ~ ASCOLI PICENO ~ Italy, ^[2]Azienda
Ospedaliero Universitaria delle Marche Torrette Ancona ~
ANCONA ~ Italy, ^[3]AST MACERATA ~ MACERATA ~ Italy

L'adolescenza è spesso associata all'insorgenza di comportamenti legati all'uso di droghe, dove depressione e paura sviluppano esternalizzazioni comportamentali, tradotti nell'abuso di sostanze, dove le influenze culturali e contestuali costituiscono uno sfondo olistico che modella il percorso genitore - adolescente (Marceau, 2023).

Background

Le evoluzioni più evidenti che si verificano nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza, tracciano scenari significativi che si contestualizzano in cambiamenti nella sfera biologica, nello sviluppo cerebrale, nelle emozioni e nel contesto sociale, con un incremento dell'indipendenza e una diminuzione dell'autocontrollo, nonché alterazioni nelle dinamiche tra genitori e figli (Trucco & Hartmann, 2021). Le capacità cognitive intese come un insieme di processi mentali, elaborano informazioni e interagiscono con l'ambiente attraverso la percezione, il mantenimento e l'uso delle informazioni, dove molti comportamenti malsani, pongono sfide significative per la collettività con effetti cumu-

lativi sugli individui, sulle famiglie e sulle comunità, che contribuiscono ad aumentare i problemi sanitari e sociali, influenzando gravemente la salute mentale (El-Shiekh et al., 2024). Studi epidemiologici condotti in diversi stadi della vita, avvalorano la tesi che l'inizio dell'abuso di sostanze spesso si verifica intorno alla giovinezza, dove oltre il 60% dei tossicodipendenti ha un'età compresa tra i 15 e i 24 anni, tra i 12 e i 18 anni dal 19% al 30% riferisce di aver bevuto troppo nell'ultimo mese e dal 17% al 32% dichiara di aver usufruito degli effetti della cannabis nell'ultimo anno con percentuali variabili in relazione alle varie aree geografiche e condizione sociale (M. Young, s.d.). L'uso di sostanze stupefacenti in età adolescenziale è una delle principali preoccupazioni a livello internazionale, con circa il 50% dei giovani che ha testimoniato di aver provato una sostanza illecita, dove esperti di settore hanno sottolineato che il sostegno e il coinvolgimento dei genitori sviluppa valore aggiunto al fine di ridurre tale probabilità di iniziare a farne uso durante il passaggio dalla terza media alla prima superiore (Fisher et al., 2024). Analisi settoriali sottolineano che la tossicodipendenza rappresenta uno dei problemi più complessi delle popolazioni civili del terzo millennio, dove la maggior parte delle ricerche dimostra che l'inizio dell'adolescenza (13-15 anni) e la fine della stessa (15-17 anni), rappresentano un periodo di rischio critico per l'inizio dell'uso di droghe, dove esistono cambiamenti rapidi nelle proprie fasi di sviluppo, dove i cosiddetti fattori di rischio come la vulnerabilità biologica, le deprivazioni psicosociali e le disfunzioni familiari, come dipendenza e disoccupazione possono condurre su percorsi diversi (Abikoye et al., 2021). Tali traiettorie negative comportamentali (Poudel & Gautam, 2017), rappresentano un problema di salute pubblica urgente negli Stati Uniti, dove nel 2017, 19.7 milioni di individui di età pari o superiore a 12 anni hanno ricevuto una diagnosi di SUDs (Substance Use Disorders), dove il 7,9% faceva uso abituale di sostanze, il 9,9% di alcol e il 60,7% dei consumatori minorenni di alcol era bevitore incontrollato, con esiti negativi a livello sociale, educativo, cognitivo, psicosociale e fisico, associato a una maggiore comorbidità con la salute mentale, nonché a un reddito inadeguato, a un livello di istruzione inferiore e a una maggiore probabilità di sviluppare sintomi di dipendenza in età adulta (Newton-Howes et al., 2019). Studi statistici effettuati su questa popolazione target, con chiarezza hanno comprovato che i due terzi iniziano il loro percorso di consumo di droghe con la marijuana, un quarto con inalanti e il resto con allucinogeni, farmaci da prescrizione e droghe pesanti dove esistono anche differenze razziali/etniche nell'inizio e nella progressione di impiego (Zhang et al., 2021). Analisi condotte negli Stati Uniti hanno documentato che circa due terzi degli adolescenti consumatori di droga fanno uso sia di alcol che di marijuana e circa un quinto di loro fa uso di tre o più droghe (Choi et

al., 2018). Sebbene l'uso di sostanze sia stato storicamente più diffuso tra gli uomini che tra le donne, questa differenza di genere si è ridotta negli ultimi decenni (McHugh et al., 2018), dove la prevalenza di utilizzo è ora paragonabile tra donne e uomini durante l'adolescenza, dove il consumo episodico eccessivo è diminuito nei maschi a differenza del sesso femminile che non ha mostrato alcuna riduzione (Roberts et al., 2023). Nel 2020, il 7% di persone di genere maschile di età compresa tra 12 e 17 anni ha dichiarato di aver consumato alcol nell'ultimo mese, rispetto al 9% di quello femminile della stessa età, e anche le differenze di genere nel consumo di cannabis tra gli adolescenti si sono ridotte nel tempo tra i due sessi con tassi di consumo comparabili e stabili da circa il 2015 (Johnson et al., 2015). Ricercatori di settore, hanno attirato la propria attenzione su determinati aspetti relativi a questa fascia specifica di età, dove il sesso femminile mostra una progressione più rapida, specialmente nell'utilizzo di cannabis e nel consumo eccessivo di alcol (Kann et al., 2016). Nello specifico, tale genere ostenta una più forte associazione tra i sintomi internalizzanti, come difficoltà psicologiche ed emotive che vengono rivolte verso l'interno, caratterizzate da un eccessivo e inappropriato controllo sugli stati interiori, spesso difficili da individuare dall'esterno in quanto non immediatamente evidenti e si suddividono in quattro aree principali: ansia (preoccupazione eccessiva e costante), depressione (umore basso, tristezza, perdita di interesse), ritiro sociale (isolamento, evitamento di situazioni sociali) e problemi psicosomatici (lamentele di dolori o fastidi fisici senza cause mediche accertate (Keyes et al., 2020). L'uso concomitante di alcol e cannabis tra gli adolescenti, è associato a rilevanti conseguenze negative a carico dello sviluppo cerebrale (Sun et al., 2022), ad una amplificazione del disagio psicologico e ad un mancato completamento degli studi scolastici (Kelly et al., 2015), mentre nei giovani adulti la dipendenza da polvere di cocaina (Ramo et al., 2011) e Ecstasy (MDMA) e altri allucinogeni (Smirnov et al., 2013) è spesso sporadico, poco frequente, socialmente condizionato o di breve durata. La ricerca scientifica dimostra che l'uso di sostanze in adolescenza aumenta la probabilità di gravidanze precoci, tossicodipendenza e coinvolgimento criminale (Odgers et al., 2008), aggressività fisica e un benessere peggiore in età adulta (Shanahan et al., 2021). Le incognite del comportamento del minorenne, oltre all'abuso di elementi dannosi per la salute, si accompagna a delinquenza e a malattie sessualmente trasmissibili, in contesti familiari con caratteri di tossicodipendenza, depressione, stress elevato ed elementi disfunzionali dove si instaurano dinamiche relazionali dannose, comunicazione inefficace, mancanza di supporto emotivo, conflitti incessanti, comportamenti manipolatori, super protettivi o aggressivi, che intralciano il normale sviluppo e il benessere psicologico (Brunner et al., 2021; Jafari

et al., 2024). L'assunzione di prodotti illeciti da parte dei genitori è collegata ad una maggiore consuetudine di uso di droghe da parte dei ragazzini, a livelli più elevati di conflitto, rabbia, critiche e ostilità, nonché a livelli ridotti di coesione, supporto e calore, insieme a stili, pratiche e comunicazione genitoriali problematici (Benchaya et al., 2019).

Obiettivi

Indagare il rapporto tra adolescenza e droga, e comprendere le possibili associazioni tra comportamenti, dimensioni e stili genitoriali, come elementi protettivi o di rischio e le specifiche influenze tra cui l'ambiente, il livello di attaccamento e i legami emotivi. Materiali e metodi: La revisione della letteratura è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Scopus e periodici elettronici come Journal of Substance Abuse Treatment, BMC Public Health, Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Journal of Multidisciplinary Healthcare, International Journal of Environmental Research and Public Health e Clinical Psychology Review. Il sommario della letteratura è stato esaminato attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave incrociate con l'elemento booleano (AND) come adolescent substance use, substance-related disorders, substance use-specific parentin, parent-child relationship e drug use trajectories, valutando gli articoli full text in lingua inglese.

Risultati

Prospettive teoriche recenti attraverso le quali si interpretano la realtà, influenzando le domande che si pongono e le risposte che ne derivano, descrivono le dimensioni genitoriali comunemente studiate, che si raffigurano nell'esigenza, nel controllo, nella reattività, nel calore e nel coinvolgimento (Oropesa Ruiz, 2022). I comportamenti genitoriali comunemente esaminati e collegati a un maggiore consumo di elementi nocivi negli adolescenti includono l'uso di sostanze da parte degli stessi, favorito da una maggiore disponibilità nell'ambiente domestico, dove regole permissive, rimproveri inefficaci, conflittualità, ostilità, minore vicinanza e una severa disciplina aumentano il rischio di traiettorie incontrollate nelle dinamiche relazionali (Mehanovi et al., 2022; Amutah-Onukagha et al., 2023). Il periodo della pubertà è dedito alla sperimentazione alla curiosità, alla suscettibilità, alla pressione dei pari, alla ribellione contro l'autorità e alla scarsa autostima, rende i suoi protagonisti più a rischio di sviluppare una tossicodipendenza (Xie et al., 2021). Quando si esamina il ruolo della famiglia in questo ambito delicato, si innesca una visione più ampia, che viene spesso contestualizzato in termini di cascate evolutive che includono specifici fattori di rischio in molteplici ambiti, come quelli genetici, prenatali, coe-

tanei, borgata di appartenenza, stress e caratteristiche del bambino che si accumulano durante lo sviluppo (Marceau et al., 2021). La teoria dei sistemi familiari evidenzia che la connessione genitore-adolescente è solo uno specifico sottosistema che spesso include corrispondenze coniugali, relazioni tra fratelli, legami multipli genitore-figlio e parentele estese, dove i sottosistemi diadici non sono indipendenti e si influenzano reciprocamente e non operano in isolamento, ma sono interconnesse e si modificano a vicenda, che possono estendersi fino ad innescare ostilità nella relazione genitore-adolescente, o possono portare ad alleanze, coinvolgimenti o comportamenti compensatori negativi (Cox & Paley, 2003). Applicati alla genitorialità, i metodi incentrati sulle variabili si concentrano sui livelli di stili, dimensioni e comportamenti, implementati attraverso punteggi osservati o costruiti, o modelli di variabili latenti, caratterizzati dalla cascata dello sviluppo che predicono l'uso di sostanze (Dodge et al., 2009). I modelli raffigurati dai ricercatori includono ulteriori sistemi biologici chiave, identificati in letteratura, tra cui il neurosviluppo, la risposta allo stress, i cambiamenti puberali, la transizione biologica e quella sociale dove i genitori potrebbero essere più propensi ad allentare i dettami di un buon comportamento, elementi critici che potrebbero indurre ad un abbassamento della soglia di controllo relativa al consumo di sostanze (Bucci et al., 2021). La qualità e l'integrità della ricerca si è allineata con i principi della valutazione qualitativa basata sulla peer review, dove vengono segnalate associazioni significative tra una maggiore frequenza di consumo di alcol e bassi livelli di regole rigide, comunicazione e controllo familiare, calore e affetto (Cablova et al., 2016). Studiosi di ambito hanno riscontrato livelli più elevati di consumo di cannabis negli adolescenti che avevano conflitti con i genitori e assenza di monitoraggio e supporto emotivo da parte degli stessi, accompagnato da una inadeguata supervisione, coinvolgimento e regole (Haugland et al., 2019; Merianos et al., 2020).

Conclusioni

La letteratura scientifica all'interno di questa specifica area di interesse sviluppa l'analisi della transizione latente che viene utilizzata per indicare un costrutto teorico non direttamente osservabile, caratterizzato da comportamenti genitoriali e dimensioni, dove pendenze e labilità mettono gli adolescenti a maggior rischio di uso di sostanze (Lanza et al., 2010). I risultati della ricerca sull'effetto dei metodi genitoriali sulla predisposizione alla dipendenza mostrano che esiste una significativa relazione positiva tra relazioni refrattarie e la tendenza degli adolescenti alla dipendenza, dove il rifiuto e la mancanza di tenerezza nei rapporti, sviluppa esiti infausti nella sfera comportamentale, dove i sintomi più significativamente rappresentativi sono raffigurati nella paura patologica, ansia, aggressività, depressione e sensibilità interpersonale (Meulewaeter

et al., 2019). Gli adolescenti sono una popolazione altamente vulnerabile e l'uso di sostanze è un problema comune (Smith & Hall, 2008) e lo stile genitoriale è profondamente correlato a una moltitudine di esiti psicologici, insieme al successo scolastico (Shek et al., 2019).

Bibliografia

- Abikoye, G. E., Ineme, M. E., Akinawo, E. O., Okonkwo, E. A., & Osinowo, H. O. (2021). Drug use and motivation for treatment in patrons of selected bunks in Uyo, Nigeria: a qualitative perspective. *Journal of Substance Use*, 26(2), 1-4.
- Amutah-Onukagha, N., Omotola, A., Sullivan, K. S., Hutchinson, M. K., Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., et al. (2023). Maternal influence on tobacco use among black adolescent boys. *J. Child Fam. Stud.* 32, 3167-3175.
- Benchaya, M. C., Moreira, T. d. C., Constant, H. M. R. M., Pereira, N. M., Freese, L., Ferigolo, M., & Barros, H. M. T. (2019). Role of Parenting Styles in Adolescent Substance Use Cessation: Results from a Brazilian Prospective Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3432.
- Brummer, J., Hesse, M., Frederiksen, K. S., Karriker-Jaffe, K. J., & Bloomfield, K. (2021). How Do Register-Based Studies Contribute to Our Understanding of Alcohol's Harms to Family Members? A Scoping Review of Relevant Literature. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 82(4), 445-456.
- Bucci, R., Staff, J., Maggs, J. L., and Dorn, L. D. (2021). Pubertal timing and adolescent alcohol use: The mediating role of parental and peer influences. *Child Dev.* 92, e1017-e1037.
- Cablova, L., Csemy, L., Belacek, J., & Miovsky, M. (2016). Parenting styles and typology of drinking among children and adolescents. *Journal of Substance Use*, 21(4), 381-389.
- Choi, H. J., Lu, Y., Schulte, M., & Temple, J. R. (2018). Adolescent substance use: Latent class and transition analysis. *Addictive Behaviors*, 77, 160-165.
- Cox, M. J., and Paley, B. (2003). Understanding families as systems. *Curr. Direct. Psychol. Sci.* 12, 193-196.
- Dodge, K. A., Malone, P. S., Lansford, J. E., Miller, S., Pettit, G. S., and Bates, J. E. (2009). A dynamic cascade model of the development of substance use onset. *Monogr. Soc. Res. Child Dev.* 74, vii-119.
- El-Shiekh, H. E.-O., Farouk, H., Abd-Elmaksoud, S. F., & ElNawasany, A. M. (2024). The Role of Parenting Attitudes Towards Adolescents with Substance Use Disorder a Study of an Egyptian Sample. *Benha Journal of Applied Sciences*, 9(6), 77-89.
- Fisher, S., Hsu, W.-W., Zapolski, T. C. B., Malone, C., Caldwell, B., & Barnes-Najor, J. (2024). The Role of Parents in Early Adolescent Substance Use: A

Longitudinal Investigation. *The Journal of Early Adolescence*, 45(6), 746-768.

- Haugland, S. H., Coombes, L., & Stea, T. H. (2019). Associations between parenting and substance use, meal pattern and food choices: A cross-sectional survey of 13,269 Norwegian adolescents. *Preventive Medicine Reports*, 14(September 2018), 100862.

- Jafari, Y., Rajabzadeh, R., Hosseini, S. H., Khorrami, M., Gholizadeh, N., & Namvar, M. (2024). Parenting style of parents undergoing substance abuse treatment having adolescent children (12-20 years old) referring to addiction treatment clinics in Bojnurd. *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*, 100158.

- Johnson, R. M., Fairman, B., Gilreath, T., Xuan, Z., Rothman, E. F., Parnham, T., & Furr-Holden, C. D. M. (2015). Past 15-year trends in adolescent marijuana use: Differences by race/ethnicity and sex. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 8-15.

- Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Hawkins, J., Queen, B., Lowry, R., Olsen, E. O., Chyen, D., Whittle, L., Thornton, J., Lim, C., Yamakawa, Y., Brener, N., & Zaza, S. (2016). Youth Risk Behavior Surveillance United States, 2015. *MMWR. Surveillance Summaries*, 65(6), 1-174.

- Kelly, A. B., Chan, G. C. K., Mason, W. A., & Williams, J. W. (2015). The relationship between psychological distress and adolescent polydrug use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 787-793.

- Keyes, K. M., Hamilton, A., Patrick, M. E., & Schulenberg, J. (2020). Diverging Trends in the Relationship Between Binge Drinking and Depressive Symptoms Among Adolescents in the U.S. From 1991 Through 2018. *Journal of Adolescent Health*, 66(5), 529-535.

- Lanza, S. T., Patrick, M. E., and Maggs, J. L. (2010). Latent transition analysis: Benefits of a latent variable approach to modeling transitions in substance use. *J. Drug Issues* 40, 93-120.

- Leimberg, A., & Lehmann, P. S. (2020). Unstructured Socializing with Peers, Low Self-Control, and Substance Use. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 0306624X 2096793.

- Marceau, K. (2023). The role of parenting in developmental trajectories of risk for adolescent substance use: a bioecological systems cascade model. *Frontiers in Psychology*, 14.

- Marceau, K., Horvath, G., Loviska, A. M., and Knopik, V. S. (2021). Developmental cascades from polygenic and prenatal substance use to adolescent substance use: Leveraging severity and directionality of externalizing and internalizing problems to understand pubertal and harsh discipline-related risk. *Behav. Genet.* 51, 559-579.

- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 66, 12-23.

- Mehanovic, E., Vigna-Taglianti, F., Faggiano, F., and Galanti, M. R. (2022). Does parental permissiveness toward cigarette smoking and alcohol use influence illicit drug use among adolescents? A longitudinal study in seven European countries. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 57:173-181.

- Merianos, A. L., King, K. A., Vidourek, R. A., Becker, K. J., & Yockey, R. A. (2020). Authoritative parenting behaviors and marijuana use based on age among a national sample of Hispanic adolescents. *The Journal of Primary Prevention*, 41(1), 51-69.

- Meulewaeter, F., De Pauw, S.S., Vanderplasschen, W., 2019. Mothering, substance use disorders and intergenerational trauma transmission: an attachment-based perspective. *Front. Psychiatry* 10, 728.

- M.,Young. (s.d.). CCSA Homepage | Canadian Centre on Substance Use and Addiction.

- Newton-Howes, G., Cook, S., Martin, G., Foulds, J. A., & Boden, J. M. (2019). Comparison of age of first drink and age of first intoxication as predictors of substance use and mental health problems in adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 194, 238-243.

- Odgers, C. L., Moffitt, T. E., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Poulton, R., Sears, M. R., Thomson, W. M., & Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 20(2), 673-716.

- Oropesa Ruiz, N. F. (2022). Assessment of the Family Context in Adolescence: A Systematic Review. *Adolescents*, 2(1), 53-72.

- Poudel, A., & Gautam, S. (2017). Age of onset of substance use and psychosocial problems among individuals with substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 17(1):10.

- Roberts, W., Schick, M. R., Tomko, R. L., McRae-Clark, A. L., Pittmann, B., Gueorgieva, R., & McKee, S. A. (2023). Developmental trajectories of alcohol and cannabis concurrent use in a nationally representative sample of United States youths. *Drug and Alcohol Dependence*, 109908.

- Rodríguez-Ruiz, J., Zych, I., Llorent, V. J., & Marín-López, I. (2021). A longitudinal study of preadolescent and adolescent substance use: Within-individual patterns and protective factors. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(3), 100251.

- Shek, D. T. L., Zhu, X., Dou, D., & Chai, W. (2020). Influence of Family Factors on Substance Use in Early Adolescents: A Longitudinal Study in Hong Kong. *Journal of Psychoactive Drugs*, 52(1), 66-76.

- Shanahan, L., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Copeland, W. E., Ribeaud, D., Eisner, M., & Quednow, B. B. (2021). Frequent Teenage Cannabis Use: Prevalence Across Adolescence and Associations with Young Adult Psychopathology and Functional Well-Being in an Urban Cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 109063.

- Smirnov, A., Najman, J. M., Hayatbakhsh, R., Plotnikova, M., Wells, H., Legosz, M., & Kemp, R.

(2013). Young adults' trajectories of Ecstasy use: A population based study. *Addictive Behaviors*, 38(11), 2667-2674.

- Smith, D. C., & Hall, J. A. (2008). Parenting Style and Adolescent Clinical Severity: Findings From Two Substance Abuse Treatment Studies. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(4), 440-463.

- Sun, D., Adduru, V. R., Phillips, R. D., Bouchard, H. C., Sotiras, A., Michael, A. M., Baker, F. C., Tapert, S. F., Brown, S. A., Clark, D. B., Goldston, D., Nooner, K. B., Nagel, B. J., Thompson, W. K., De Bellis, M. D., & Morey, R. A. (2022). Adolescent alcohol use is linked to disruptions in age-appropriate cortical thinning: an unsupervised machine learning approach. *Neuropsychopharmacology*, 48, 317-326.

- Trucco, E. M., & Hartmann, S. A. (2021). Understanding the etiology of adolescent substance use through developmental perspectives. *Child Development Perspectives*, 15, 257-264.

- Trucco, E. M. (2020). A review of psychosocial factors linked to adolescent substance use. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 196, 172969.

- Xie, M., Nuttall, A. K., Johnson, D. J., and Qin, D. B. (2021). Longitudinal associations between mother-child and father-child closeness and conflict from middle childhood to adolescence. *Fam. Relat.* 70, 866-879.

- Zhang, S., Wu, S., Wu, Q., Durkin, D. W., & Marsiglia, F. F. (2021). Adolescent drug use initiation and transition into other drugs: A retrospective longitudinal examination across race/ethnicity. *Addictive Behaviors*, 113, 106679.

1.2

L'IMPATTO MULTIFORME DELLA RIDUZIONE DEL DANNO: LA RIPARAZIONE DELLA GOVERNANCE ASSISTENZIALE NEL SOSPETTO RECIPROCO TRA REALTÀ E ASPETTATIVE

Marcelli S.^[1], Pelusi G.^[2], Borgognoni C.^[2], Gatti C.^[2], Baglioni I.^[4], Liberati S.^[3], D'Angelo G.^[1]

^[1]AST ASCOLI PICENO ~ ASCOLI PICENO ~ Italy, ^[2]Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche ~ ANCONA ~ Italy, ^[3]UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE - CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA AST FERMO ~ FERMO ~ Italy, ^[4]UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE - CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INF.CHE ED OSTETRICHE AST FERMO-FERMO ~ FERMO ~ Italy

Gli esseri umani che fanno uso di stupefacenti vengono spesso privati dei propri diritti, etichettati come «tossicodipendenti», sottratti dai comuni determinanti sistemici della salute, dove si innescano interazioni dannose con gli operatori sanitari con conseguente abbandono della filosofia della riduzione del danno (Febres-Cordero et al., 2023).

Background

A livello internazionale si è ormai diffusa la tendenza a considerare le persone che fanno uso di sostanze illegali, come un nemico da distruggere o un'entità da ignorare, retorica che ha determinato un diffuso stigma multilivello nei confronti di chi sviluppa dipendenza, con il rischio di concepire un luogo comune che si concretizza nell'isolamento sociale (Earp et al., 2021; Cohen et al., 2022; Pamplin et al., 2023). Negli Stati Uniti, politiche punitive hanno incrementato la povertà generazionale, il razzismo, le incarcerazioni di massa e l'emarginazione, trascurando i fondamenti sistemici, strutturali e interpersonali della presa in carico della fragilità che ne deriva (Batchelder et al., 2022; Iqbal et al., 2023). Studi in questo ambito territoriale hanno messo in risalto che nel 2023, circa 105.303 persone sono morte per overdose, situazioni cliniche aggravate da complicanze infettive, tra cui endocardite, infezioni della pelle e dei tessuti molli, virus dell'immunodeficienza umana (HIV) ed epatite C (McFadden et al., 2023). Il Canada tra i paesi con un carico significativamente più elevato rispetto alla media globale, gli esiti infausti relativi a questa popolazione di pazienti, denota un andamento significativo

in termini di esiti sfavorevoli come infezioni, overdose e morte (Larney et al., 2017), e un rischio maggiore di contrarre l'HIV, l'epatite B e l'epatite C e di co-infezioni (Degenhardt et al., 2016). Gli individui che fanno uso o sono dipendenti da sostanze non ricevono lo stesso trattamento, rispetto, dignità e compassione rispetto a chi non segue questa traiettoria difficile della vita (Muncan et al., 2020), e oltre all'aumento della mortalità e morbidità, incontrano notevoli ostacoli all'accesso alle cure, in termini di tempestività e valore aggiunto (Chan Carusone et al., 2019). I consumatori di droga hanno maggiori probabilità di recarsi al Pronto soccorso (Hardy et al., 2018), di accedere con più costanza ai servizi ospedalieri se convivono con l'HIV (Op de Coul et al., 2016) e di essere ricoverati nei setting ospedalieri con maggiore frequenza, dove affrontano barriere significative per accedere e ricevere cure dignitose, tra cui lo stigma degli operatori sanitari e una gestione inadeguata della sintomatologia (Bouabida et al., 2023). Tale condizione si realizza negli atteggiamenti, nelle convinzioni e nei comportamenti discriminatori negativi della società nei confronti delle persone affette da dipendenza, che può manifestarsi in vari modi, tra cui paura, pregiudizio, evitamento, pettegolezzo, rifiuto e discriminazione (El Hayek et al., 2024). Lo stigma che circonda le persone affette da disturbi da uso di sostanze è un fenomeno diffuso (Shaw et al., 2025), che influisce negativamente sulle persone colpite, sulle loro famiglie, sui risultati dei trattamenti, sulla ricerca, sulle politiche e sulla società nel suo complesso (Zwick et al., 2020). Studi di settore suggeriscono che lo stigma nei confronti dei soggetti vincolati a questa situazione morbosa, è maggiore rispetto a quello nei confronti di altre malattie mentali (Barry et al., 2014), e costituisce un ostacolo comune alla ricerca di aiuto (Aronowitz & Meisel, 2022), etichettati come "difficili, manipolatori, in cerca di droga ed esigenti", dove la cornice della curricula degli operatori sanitari non sempre rispecchia il modello del caring completo (Ford, 2011), che si configura in una scarsa formazione, che contribuisce a rilevare la presenza di aree di rischio e una maggiore probabilità di dimissioni controversie (McNeil et al., 2014; Ti & Ti, 2015).

Comprendere l'esperienza di accesso, negoziazione e ricezione delle cure in ambiente ospedaliero è fondamentale per orientare gli interventi volti a migliorare i risultati di salute dei consumatori di stupefacenti e le iniziative di miglioramento della qualità delle cure complesse e prolungate (Sokale et al., 2025). La prepotenza da parte degli operatori sanitari, caratterizzata da atteggiamenti lesivi comportamentali, si oppone a un approccio di riduzione del danno e limitazione dei rischi, le quali strategie in una ottica epistemica, promuove e protegge la dignità umana per mezzo di una giustizia sociale fondata sul rispetto dei diritti degli individui (Hoover et al., 2022). Il discredito che si espande in aree non controllate esercita una pressione

e un'influenza durante gli incontri clinici, che corrisponde ad uno spirito rancoroso che genera ansia da complessità, che attiva rabbia e paura, trascinando le relazioni in una propria nemesi, fatta di stereotipi negativi, che sostengono scarsi processi comunicativi tra pazienti e gli stessi professionisti della salute, generando una qualità delle cure non all'altezza (Leon et al., 2025). La riduzione del danno ha ormai una storia ventennale alle spalle e si ritiene che abbia avuto origine in Nord Europa, come risposta alle emergenze legate alla inarrestabile diffusione dell'HIV tra i tossicodipendenti per via iniettiva e alla consapevolezza che le strategie messe in atto fino ad allora avevano peggiorato la situazione, anziché migliorarla, dove ad oggi pensieri e strategie filosofiche e terapeutiche si contornano di aspetti finalizzati a contrastare la disumanizzazione e promuovere la comunicazione terapeutica, che si concentra sull'autonomia e sulla realtà vissuta dei pazienti (Cheetham et al., 2022).

Obiettivi

Investigare e indagare come lo stigma, definito come un insieme di convinzioni negative e ingiuste, portano alla svalutazione e all'esclusione sociale (Bell et al., 2025), come tale negativizzazione influenza i pazienti che cercano aiuto per la tossicodipendenza e come i sistemi complessi assistenziali cercano di trovare soluzioni e atteggiamenti organizzativi protettivi al fine di compensare le condizioni latenti, esplorando l'impatto multiforme che ne deriva. Materiali e metodi: Il riscontro delle evidenze scientifiche a supporto della ipotesi di studio, è stato realizzato tramite la consultazione di specifiche banche dati, come PubMed, EMBASE, Scopus, Cochrane Library, ScienceDirect e PsycINFO, dove la strategia di ricerca si è contestualizzata nella combinazione di parole chiave accuratamente selezionate, tra cui: "Stigma and substance use disorder", "Opioid addiction and healthcare discrimination", "Nursing attitudes toward addiction patients", "Structural barriers in drug rehabilitation", e "Harm reduction and substance use addiction".

Risultati

L'epidemia di sostanze illegali, viene definita come una crisi mondiale, "piena di angoscia", contribuendo a un allarmante aumento dei decessi correlati agli oppioidi che superano i decessi causati da guerre, incidenti stradali, violenza armata e HIV/AIDS messi insieme, dove i professionisti sanitari, in prima linea svolgono un ruolo imprescindibile (Blankson, 2023). Tuttavia, nonostante la disponibilità di trattamenti farmacologici assistiti e ponderati sulle migliori evidenze scientifiche, le criticità all'interno della professione sanitaria continua a rappresentare un ostacolo significativo all'aderenza al trattamento e al recupero del successo del management sanitario (Spayde-Baker, A., & Patek, J. 2023). I pazienti che percepiscono discriminazione o giudizio negativo da parte dei pro-

fessionisti sanitari, possono evitare del tutto di cercare assistenza, temendo maltrattamenti o negazione dei servizi, aggravando ulteriormente le complicazioni di salute e aumentando la probabilità di overdose e mortalità. Lo stigma che circonda la tossicodipendenza, rimane un ostacolo critico al trattamento efficace, che influenza significativamente l'accesso all'assistenza sanitaria, il coinvolgimento dei pazienti e gli esiti del recupero, con particolare attenzione alla discriminazione correlata all'assistenza sanitaria, alla censura interiorizzata e alle barriere strutturali, amplificando le percezioni negative tra gli operatori sanitari che contribuiscono a ritardare i comportamenti di ricerca del processo di presa in carico, a ridurre l'aderenza al trattamento farmacologico e ad aumentare i tassi di ricadute. I pazienti che interiorizzano questi giudizi sociali sperimentano un maggiore disagio psicologico, isolamento sociale e una minore autoefficacia, ostacolando ulteriormente il loro processo di recupero (Tesani, 2025). La stigmatizzazione in ambito sanitario si manifesta in varie forme, tra cui atteggiamenti negativi, convinzioni pregiudizievole e comportamenti discriminatori nei confronti di individui con disturbi da uso di sostanze, in cui la ricerca suggerisce che questi preconetti, siano spesso radicati in idee sbagliate sulla dipendenza come un fallimento morale piuttosto che una condizione medica cronica che richiede una gestione a lungo termine (Hadland et al., 2018). Gli individui che fanno uso di prodotti illegali spesso interiorizzano convinzioni sociali negative, portando ad una auto stigmatizzazione caratterizzata da sentimenti di vergogna, bassa autostima e ridotta motivazione a cercare un trattamento positivo per il proprio benessere, caratterizzato da ritiro sociale che contribuisce a scarsi risultati in termini di salute mentale, rafforzando ulteriormente il ciclo della dipendenza (Crapanzano et al., 2018). Ricercatori di settore in questo specifico ambito hanno ampiamente diffuso la propria convinzione basata su specifiche prove di efficacia, che gli operatori sanitari compresi gli infermieri, possano adottare inconsciamente atteggiamenti stigmatizzanti, percependo i pazienti con dipendenza come difficili, non conformi o moralmente carenti, irresponsabili e non aderenti, causando un trattamento non ottimale e una riluttanza a fornire cure basate sulle prove di efficacia scientifica (van Boekel et al., 2013).

Conclusioni

Il disturbo da uso di sostanze è una malattia complessa che colpisce individui, famiglie e la società nel suo multiforme apparato, dove i singoli individui con questa tipologia di disturbo affrontano diverse sfide, tra cui il decorso cronico e tortuoso che può avere un impatto sociale ed economico significativo, anche dopo la guarigione (Daley, 2013). Specialisti che studiano tali fenomeni, pur considerati di difficile comprensione dalla società moderna, mettono in risalto tre

categorie di impatti negativi sulla qualità della vita di questa popolazione: stigma pubblico, che si riferisce al pregiudizio e alla discriminazione da parte della popolazione generale che influisce negativamente su un individuo, autostigma, che è il danno che si verifica quando una persona interiorizza questo pregiudizio e lo stigma strutturale, che comprende le politiche di istituzioni private e governative che limitano intenzionalmente le opportunità disponibili per gli individui affetti da vulnerabilità (Lo et al., 2020). La letteratura esistente esplora l'impatto per affrontare queste sfide, strategie basate sull'evidenza come la formazione dei professionisti della salute in riferimento alle dipendenze, l'assistenza informata sul trauma, gli approcci di riduzione del danno e i modelli di supporto tra pari, che hanno dimostrato di ridurre efficacemente lo stigma e migliorare gli esiti del trattamento (Livingston et al., 2011). Gli amministratori ospedalieri e i leader infermieristici svolgono un ruolo fondamentale nel promuovere una cultura dell'empatia, sostenendo la riformulazione della dipendenza come una malattia neuro-psico-biologica piuttosto che come un fallimento morale. La ricerca futura dovrebbe esplorare interventi digitali per la salute mentale, tecniche di colloquio motivazionale e collaborazione interdisciplinare per smantellare ulteriormente tali ideologie fuori luogo dei sistemi di cura e migliorare l'efficacia dei programmi di trattamento delle dipendenze. Attraverso l'implementazione di questi approcci, gli operatori sanitari possono garantire un accesso equo al trattamento e migliorare gli esiti sanitari a lungo termine per le persone con disturbo da uso di sostanze. La formazione specialistica in medicina delle dipendenze ha messo in risalto, atteggiamenti più empatici e di supporto, evidenziando il ruolo fondamentale dell'istruzione nel ridurre lo stigma e migliorare le relazioni paziente-operatore sanitario. Questi risultati sono in linea con la ricerca che sottolinea come interventi strutturati di riduzione dello stigma, come programmi educativi mirati e l'esposizione a casi di studio correlati alla dipendenza, possano contribuire a rimodellare le prospettive degli operatori sanitari e promuovere un ambiente di trattamento più inclusivo. Una componente cruciale di questa trasformazione consiste nel riformulare la dipendenza come una malattia neuro-psico-biologica, sfidando così i preconcezioni che attribuiscono l'uso di sostanze a debolezza morale (Elkalla et al., 2023). Inoltre, i modelli di supporto tra pari, in cui le persone con esperienza vissuta di dipendenza partecipano attivamente all'assistenza ai pazienti, hanno dimostrato un successo misurabile nel ridurre lo stigma e promuovere un'assistenza più incentrata sul paziente (Tracy & Wallace, 2016). La ricerca futura dovrebbe continuare a esplorare interventi innovativi di riduzione delle divergenze tra domanda e offerta sanitaria rispetto a questa categoria fragile di soggetti e dotare gli operatori sanitari delle competenze necessarie per fornire un'assistenza compassionevole, non giudicante

ed efficace alle dipendenze. Tuttavia, la formazione specifica sulla riduzione dello stigma ha dimostrato miglioramenti significativi negli atteggiamenti degli operatori, sviluppando una riduzione del 40% delle convinzioni legate a qualsiasi opinione rigidamente preconstituita e generalizzata, rispetto alle controparti non formate, evidenziando l'importanza di integrare la formazione incentrata sulla dipendenza all'interno dei programmi di studio di infermieristica e medicina, con lo scopo di fornire agli operatori conoscenze specifiche finalizzate a migliorare la presa in carico di questi soggetti fragili (Wakeman & Barnett, 2018).

Bibliografia

- Aronowitz, S., & Meisel, Z. F. (2022). Addressing Stigma to Provide Quality Care to People Who Use Drugs. *JAMA Network Open*, 5(2), Articolo e2146980.
- Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A., & Goldman, H. H. (2014). Stigma, Discrimination, Treatment Effectiveness, and Policy: Public Views About Drug Addiction and Mental Illness. *Psychiatric Services*, 65(10), 1269–1272.
- Batchelder, A. W., Glynn, T. R., Moskowitz, J. T., Neilands, T. B., Dilworth, S., Rodriguez, S. L., & Carrico, A. W. (2022). The shame spiral of addiction: Negative self-conscious emotion and substance use. *PLOS ONE*, 17(3), Articolo e0265480.
- Bell, J. S., Clifton, J. D. W., Saquib, S., Ferrari, J. R., Snow-Hill, N. L., & Jason, L. A. (2025). Primal world beliefs support substance use disorder recovery: Impact on recovery capital and spirituality. *Journal of*
- Blankson, M. (2023). Potential Clinical and Economic Impact of Registered Nurses Supporting Opioid Use Disorder Treatment in the Ambulatory Care Setting. *Nursing Economic\$*, 41(3), 145.
- Bouabida, K., Chaves, B. G., & Anane, E. (2023). Challenges and barriers to HIV care engagement and care cascade: viewpoint. *Frontiers in Reproductive Health*, 5.
- Chan Carusone, S., Guta, A., Robinson, S., Tan, D. H., Cooper, C., O'Leary, B., de Prinse, K., Cobb, G., Upshur, R., & Strike, C. (2019). "Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?" –hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduction Journal*, 16(1).
- Cheetham, A., Picco, L., Barnett, A., Lubman, D. I., & Nielsen, S. (2022). The Impact of Stigma on People with Opioid Use Disorder, Opioid Treatment, and Policy. *Substance Abuse and Rehabilitation*, Volume 13, 1–12.
- Cohen, A., Vakharia, S. P., Netherland, J., & Frederique, K. (2022b). How the war on drugs impacts social determinants of health beyond the criminal legal system. *Annals of Medicine*, 54(1), 2024–2038.
- Crapanzano, K., Hammarlund, R., Ahmad, B., Hunsinger, N., & Kullar, R. (2018). The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Substance Abuse and*

Rehabilitation, Volume 10, 1–12.

- Daley, D. C. (2013). Family and social aspects of substance use disorders and treatment. *Journal of Food and Drug Analysis*, 21(4), S73–S76.
- Degenhardt, L., Charlson, F., Stanaway, J., Larney, S., Alexander, L. T., Hickman, M., Cowie, B., Hall, W. D., Strang, J., Whiteford, H., & Vos, T. (2016). Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet Infectious Diseases*, 16(12), 1385–1398.
- Earp, B. D., Lewis, J., & Hart, C. L. (2021b). Racial Justice Requires Ending the War on Drugs. *The American Journal of Bioethics*, 21(4), 4–19.
- El Hayek, S., Foad, W., de Filippis, R., Ghosh, A., Koukach, N., Mahgoub Mohammed Khier, A., Pant, S. B., Padilla, V., Ramalho, R., Tolba, H., & Shalbafan, M. (2024). Stigma toward substance use disorders: a multinational perspective and call for action. *Frontiers in Psychiatry*, 15.
- Elkalla, I. H. R., El-Gilany, A.-H., Baklola, M., Terra, M., Aboeldahab, M., Sayed, S. E., & ElWasify, M. (2023). Assessing self-stigma levels and associated factors among substance use disorder patients at two selected psychiatric hospitals in Egypt: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23(1).
- Febres-Cordero, S., Shasanmi-Ellis, R. O., & Sherman, A. D. F. (2023). Labeled as “drug-seeking”: nurses use harm reduction philosophy to reflect on mending mutual distrust between healthcare workers and people who use drugs. *Frontiers in Public Health*, 11.
- Ford, R. (2011). Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses’ care of patients who use illicit drugs. *Contemporary Nurse*, 37(2), 241–252.
- Hadland, S. E., Park, T. W., & Bagley, S. M. (2018). Stigma associated with medication treatment for young adults with opioid use disorder: a case series. *Addiction Science & Clinical Practice*, 13(1).
- Hardy, M., Cho, A., Stavig, A., Bratcher, M., Dillard, J., Greenblatt, L., & Schulman, K. (2018). Understanding Frequent Emergency Department Use Among Primary Care Patients. *Population Health Management*, 21(1), 24–31.
- Hoover, K., Lockhart, S., Callister, C., Holtrop, J. S., & Calcaterra, S. L. (2022). Experiences of stigma in hospitals with addiction consultation services: A qualitative analysis of patients’ and hospital-based providers’ perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 108708.
- Iqbal, M., Yan, Y., Zhao, N., Mubarik, S., Shrestha, S., Imran, M. H., Jamshaid, S., & Abbasi, N. u. H. (2023). A Mediation Moderation Model between Self-Evaluative Emotions and Relapse Rate among Polysubstance Users: A Comparative Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3164.
- Larney, S., Peacock, A., Mathers, B. M., Hickman, M., & Degenhardt, L. (2017). A systematic review of injecting-related injury and disease among people who inject drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 171, 39–49.
- Leon, K., Weger, R., Weinstock, N., Jawa, R., & Wilson, J. D. (2025). “It’s nothing personal”: understanding barriers to relational harm reduction practices during inpatient hospitalization. *Harm Reduction Journal*, 22(1), 104.
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2011). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50.
- Lo, T. W., Yeung, J. W. K., & Tam, C. H. L. (2020). Substance Abuse and Public Health: A Multilevel Perspective and Multiple Responses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2610.
- McFadden, R., Wallace-Keeshen, S., Petrillo Straub, K., Hosey, R. A., Neuschatz, R., McNulty, K., & Thakrar, A. P. (2023). Xylazine-associated Wounds: Clinical Experience From a Low-barrier Wound Care Clinic in Philadelphia. *Journal of Addiction Medicine*, 10, 1097.
- McNeil, R., Small, W., Wood, E., & Kerr, T. (2014). Hospitals as a ‘risk environment’: An ethno-epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs. *Social Science & Medicine*, 105, 59–66.
- Muncan, B., Walters, S. M., Ezell, J., & Ompad, D. C. (2020). “They look at us like junkies”: influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduction Journal*, 17(1).
- Op de Coul, E. L. M., van Sighem, A., Brinkman, K., Benthem, B. H. v., Ende, M. E. v. d., Geerlings, S., & Reiss, P. (2016). Factors associated with presenting late or with advanced HIV disease in the Netherlands, 1996–2014: results from a national observational cohort. *BMJ Open*, 6(1), Articolo e009688.
- Pamplin, J. R., Rouhani, S., Davis, C. S., King, C., & Townsend, T. N. (2023b). Persistent Criminalization and Structural Racism in US Drug Policy: The Case of Overdose Good Samaritan Laws. *American Journal of Public Health*, 113(S1), S43–S48.
- Shaw, L. C., Kumar, A., Park, C. J., Li, Y., Lenox, C. A., Collins, A. B., Sherman, S. G., Marshall, B. D. L., & Macmadu, A. (2025). Gender-based differences in harm reduction practices among people who use drugs in Rhode island: a latent class analysis. *Harm Reduction Journal*, 22(1).
- Spayde-Baker, A., & Patek, J. (2023). Stigma in addiction treatment: Barriers to medication-assisted therapy implementation. *Addiction Science & Clinical Practice*, 18(1), 67–79.
- Sokale, I., Wermuth, P., Wilkerson, J., Atem, F., Khuwaja, S., & Troisi, C. (2025). Predictors of perceived HIV stigma among people who inject drugs in the

- United States. *Harm Reduction Journal*, 22(1).
- Tesani, R. d. L. (2025). How Stigma Affects Patients Seeking Help for Drug Addiction. *World Journal of Nursing Research*, 4(1), 31-46.
 - Ti, L., & Ti, L. (2015). Leaving the Hospital Against Medical Advice Among People Who Use Illicit Drugs: A Systematic Review. *American Journal of Public Health*, 105(12), Articolo e53-e59.
 - Tracy, K., & Wallace, S. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance Abuse and Rehabilitation*, Volume 7, 143-154.
 - Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), 23-35.
 - Wakeman, S. E., & Barnett, M. L. (2018). Primary Care and the Opioid-Overdose Crisis – Buprenorphine Myths and Realities. *New England Journal of Medicine*, 379(1), 1-4.
 - Zwick, J., Appleseth, H., & Arndt, S. (2020). Stigma: how it affects the substance use disorder patient. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1).

1.3

VALUTAZIONE DEL GRADIMENTO DELLA TERAPIA CON METADONE COMPRESSE RISPETTO ALLO SCIROPPO PRESSO IL SERDP DI FIDENZA

Gariboldi S.*^[1], Pignacca M.I.^[1], Nonnis O.^[1], Porta C.^[1], Quatraro C.^[1], Aimi D.^[1], Tadonio L.^[2]

^[1]SerDP Fidenza, DAISMDP Ausl di Parma ~ Fidenza (PR) ~ Italy, ^[2]Osservatorio Dipendenze, DAISMDP Ausl di Parma ~ Parma ~ Italy

Il presente studio, condotto presso il SerDP di Fidenza, ha confrontato il gradimento di due formulazioni di metadone (sciroppo vs compresse) e ha evidenziato differenze significative a favore della formulazione in compresse in sei delle sette dimensioni indagate.

Importanza del gradimento nell'ottica di miglioramento degli outcome della terapia in termini di adesione ed efficacia. La letteratura scientifica evidenzia come la soddisfazione del paziente sia un fattore critico nel determinare l'efficacia della terapia farmacologica, specialmente per la cura delle malattie croniche: una maggiore aderenza terapeutica, quando correlata a una percezione positiva del trattamento, è associata a migliori risultati clinici, a una riduzione dei costi sanitari e a un miglioramento della qualità della vita del paziente (Religioni et al., 2025; Barbosa et al., 2012). Come sostenuto da Religioni et al. nella review del 2025, la ricerca dovrebbe dare priorità alla valutazione a lungo termine delle terapie emergenti e allo sviluppo di strategie personalizzate per migliorare l'aderenza in diverse popolazioni di pazienti: gli autori sottolineano così l'importanza di rafforzare l'aderenza sia per i risultati individuali dei pazienti, ma anche per migliorare la sostenibilità e l'efficienza dei sistemi sanitari. Infatti, il coinvolgimento attivo del paziente, la costruzione di un'alleanza terapeutica solida e la personalizzazione del trattamento sembrerebbero appunto favorire la retention, ridurrebbero il rischio di abbandono dei percorsi terapeutici e porterebbero a un miglioramento nell'uso di droghe (Davis et al., 2020; Kelly et al., 2010; Leonard et al., 2020; Nesse & Clausen, 2025; Zhang et al., 2008). Carlson & Gabriel (2001) hanno registrato come la soddisfazione per l'accessibilità e per i percorsi individualizzati predicesse un migliore utilizzo dei servizi stessi, a loro volta significativamente associati all'astensione dall'uso di sostanze. Windle et al. (2020) sottolineano come sia necessario

accogliere le preferenze dei pazienti nei servizi di salute mentale per massimizzare l'adesione al trattamento, ridurre i costi finanziari, impedire precoci drop out. Tuttavia, la soddisfazione auto-riferita dai pazienti è ancora poco indagata: identificare le difficoltà di compliance trattamentale potrebbe invece rivelare i fattori che riducono la soddisfazione e che quindi ostacolano la prosecuzione del trattamento e gli esiti positivi (Ellefsen et al., 2023). Hall e colleghi (2021) hanno identificato come principali barriere all'aderenza al trattamento lo stigma, il vissuto negativo rispetto ai farmaci sostitutivi e la rigidità nell'accesso ai servizi. Analogamente, Ellefsen e collaboratori (2023) hanno evidenziato come difficoltà organizzative e situazionali, quali problemi di mobilità, disponibilità degli operatori e rigidità orarie, possano minare la soddisfazione e la permanenza dei pazienti nel trattamento. Nuove formulazioni degli oppiacei, principi attivi e modalità di somministrazione: vantaggi del metadone in compresse. L'introduzione di modalità di somministrazione alternative, come il metadone in compresse, può costituire un importante strumento per migliorare il gradimento della terapia e facilitare l'aderenza del paziente. Secondo Somaini e colleghi (2021) la modalità di somministrazione del metadone condiziona non solo gli esiti clinici, ma anche la percezione pubblica e le decisioni politiche. Una gestione adeguata delle diverse formulazioni di metadone e levometadone, centrata sulle caratteristiche del paziente, riduce i rischi di abuso e diversione e l'introduzione delle compresse in vari paesi europei avrebbe ampliato le opzioni terapeutiche, migliorandone i risultati. A differenza dello sciroppo, le compresse presentano una serie di vantaggi, come evidenziato nello studio S.O.L.I.D.O (Somaini et al., 2022) e successivamente confermato dallo studio S.O.L.I.D.O 2 (Bruno et al., 2024). Questi studi sostengono che il passaggio al metadone in compresse porterebbe a:

- un miglioramento dell'accettabilità del trattamento farmacologico, in quanto meno stigmatizzante rispetto alle formulazioni liquide;
- riduzione di alcuni degli effetti collaterali dello sciroppo, come nausea e vomito, e dell'intake quotidiano di zucchero;
- semplificazione della gestione delle dosi take-home, con miglioramento per il paziente della gestione delle esigenze quotidiane e spostamenti;
- semplificazione all'interno dei SerDP della preparazione della quantità di farmaco per i pazienti con regime di affidamento domiciliare della terapia.

Si è inoltre evidenziato un risparmio di tempo legato alla somministrazione del farmaco per i servizi, con conseguente miglioramento dell'efficienza organizzativa e riduzione dei costi indiretti legati alla preparazione e alla somministrazione della terapia. La gestione delle compresse comporta minori consumi di materiali e riduce la necessità di spazi per l'immagazzinamento dei flaconi e dei sistemi di erogazione automatica, con

un impatto positivo sull'ambiente in un'ottica One Health (Bruno et al., 2024; Ciccarone et al., 2022; Zinsstag et al., 2011). Si deve però tener presente che permangono rischi legati al misuse iniettivo di sostituti, con differenze fisiopatologiche e cliniche rilevanti. L'abuso endovenoso delle compresse triturate può provocare patologie polmonari gravi, conosciute come malattie da eccipienti (Nguyen et al., 2014), mentre lo sciroppo è più frequentemente implicato in avvelenamenti accidentali, soprattutto nei minori (Shadnia et al., 2013). Tali rischi sottolineano la necessità di una gestione clinica attenta, che includa selezione accurata dei pazienti, monitoraggio continuo e formazione specifica volta a promuovere comportamenti responsabili (Lugoboni et al., 2019).

Obiettivo dello studio

Vista la centralità della soddisfazione dei pazienti per gli outcomes del trattamento, il presente studio si propone di valutare come primo obiettivo il gradimento del metadone in compresse rispetto allo sciroppo presso il SerDP di Fidenza, considerando variabili quali la soddisfazione complessiva, la semplicità di assunzione, l'impatto positivo sulla gestione della vita quotidiana, la percezione di privacy, la facilità di trasporto e conservazione e eventuali dubbi o problemi relativi al dosaggio. Il secondo obiettivo è quello di fornire dati empirici utili a supportare decisioni cliniche, ottimizzare le pratiche organizzative e migliorare l'aderenza e la retention nei percorsi terapeutici, per i quali uno switch alla modalità di somministrazione tramite compresse potrebbe rivelarsi fondamentale. Valutare il gradimento del paziente permette inoltre di individuare strategie personalizzate che possano incrementare l'efficacia complessiva della terapia, diminuire il rischio di abuso e diversione, diminuire i costi dei servizi e garantire una migliore qualità della vita ai pazienti. Futuri studi di farmacoeconomia potrebbero indagare e dirigere scelte terapeutiche più individualizzate e soggettive nella rosa dei farmaci attivi sul mercato.

Metodi

Ai partecipanti (N=44, 22,7% femmine; M = 47,15, SD = 8,72) è stato chiesto di compilare un questionario composto da 7 domande, che valutavano il gradimento mediante una scala Likert a 4 punti (in cui 1 = per nulla, 2 = poco, 3 = abbastanza e 4 = molto) in relazione alla formulazione del trattamento con metadone (comprese vs sciroppo). Ad ogni domanda seguiva uno spazio dove inserire tramite risposta aperta eventuali commenti. Il primo gruppo (n = 22) comprendeva i pazienti in trattamento con Metadone in Sciroppo (MS), di cui 17 maschi (M = 50,3; SD = 11,7) e 5 femmine (M = 48,0; SD = 12,14), mentre il secondo (n = 22) i pazienti in trattamento con Metadone in Compresse (MC), di cui 17 maschi (M = 44,94; SD = 8,87) e 5 femmine (M = 39,8; SD = 9,1). Le statistiche

descrittive sono riassunte nella Tabella 1.

Tabella 1. *Statistiche descrittive del campione.*

	N	Età Media	DS
Partecipanti	44	47,15	8,72
MC maschi	17	44,94	8,87
MC femmine	5	39,8	9,1
MS maschi	17	50,3	11,7
MS femmine	5	48,0	12,14

Il questionario per il gruppo MC includeva tre domande aggiuntive sulla difficoltà nel passare dallo sciroppo alle compresse, sulla propensione a consigliare ad altri pazienti il passaggio dal metadone in sciroppo alle compresse e sul desiderio di proseguire in futuro con la terapia in compresse.

Analisi

Considerata la natura ordinale delle risposte (scala Likert a 4 punti: 1 = per nulla, 4 = molto), è stato adottato un approccio non parametrico per confrontare il gradimento tra due differenti formulazioni di metadone (sciroppo vs compresse). Le risposte alle sette domande del questionario sono state confrontate utilizzando il test di Mann-Whitney U, adatto a gruppi indipendenti e dati ordinali. A supporto dell'analisi, è stata calcolata la Cliff's Delta (δ), che misura l'ampiezza dell'effetto e rappresenta la probabilità che un'osservazione di un gruppo superi una dell'altro. Sono stati inoltre stimati gli intervalli di confidenza al 95% per Cliff's Delta, seguendo le soglie interpretative proposte da Romano et al. (2006): effetto trascurabile (< 0.147), piccolo (0.147–0.33), medio (0.33–0.474) o grande (≥ 0.474).

Per tenere conto del rischio di errore di I tipo associato alla molteplicità dei confronti ($k = 7$), è stata applicata la correzione Benjamini-Hochberg (BH) per il controllo del false discovery rate (FDR). Una differenza è stata considerata significativa per $p < .05$ dopo la correzione. A integrazione dell'analisi, i dati sono stati descritti mediante statistiche descrittive (media, mediana, deviazione standard, minimo, massimo) e distribuzioni percentuali per ciascuna categoria della scala Likert, al fine di ottenere un quadro dettagliato delle risposte nei due gruppi. Tutte le analisi sono state condotte in R (versione 4.3.2; R Core Team, 2023).

Risultati

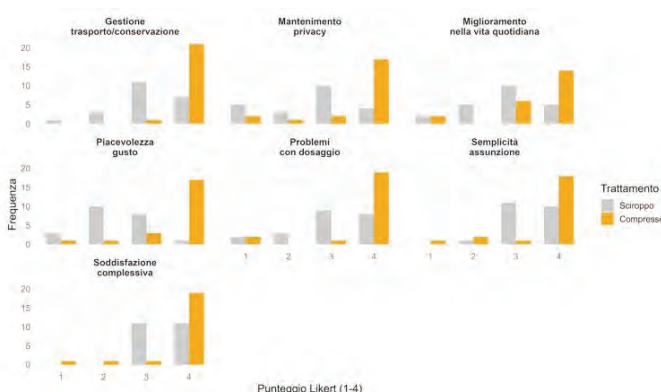
Dopo l'applicazione della correzione di BH per il controllo del false discovery rate, sei delle sette dimensioni considerate hanno mostrato differenze significative a favore della formulazione in compresse rispetto allo sciroppo. L'unica dimensione che non ha raggiunto la soglia di significatività è risultata la semplicità di assunzione ($p_{BH} = .050$). La differenza maggiormente

relevante è stata osservata per la piacevolezza del gusto ($\delta = 0.760$; IC95%: 0.453–0.906; pBH < .001). Analogamente, la gestione del trasporto e della conservazione ($\delta = 0.645$; IC95%: 0.377–0.813; pBH < .001) e il mantenimento della privacy ($\delta = 0.560$; IC95%: 0.226–0.776; pBH = .002) hanno evidenziato effetti significativi. Pur manifestando significatività statistica sono stati registrati come media rilevanza i parametri problemi con il dosaggio ($\delta = 0.461$; IC95%: 0.144–0.692; pBH = .005) e miglioramento della vita quotidiana ($\delta = 0.434$; IC95%: 0.100–0.680; pBH = .012) sempre a favore della formulazione in compresse. La soddisfazione complessiva ha mostrato un effetto piccolo ma comunque significativo ($\delta = 0.318$; IC95%: 0.016–0.567; pBH = .032) per il solido. L'unica dimensione che non ha raggiunto la significatività dopo l'aggiustamento BH è la semplicità di assunzione ($\delta = 0.295$; IC95%: –0.295–0.560; pBH = .050). I risultati sono riassunti nella Tabella 2.

Tabella 2. *Gradimento del metadone in compresse vs sciropo: Mann–Whitney e Cliff's Delta* Didascalia Nota: U = valore della statistica U del test di Mann–Whitney; pBH = p-value corretto secondo la procedura di Benjamini–Hochberg per il controllo del FDR; d = Cliff's Delta come indice di ampiezza dell'effetto, con valori positivi a favore del gruppo MC; IC 95% = intervallo di confidenza al 95% per Cliff's Delta.

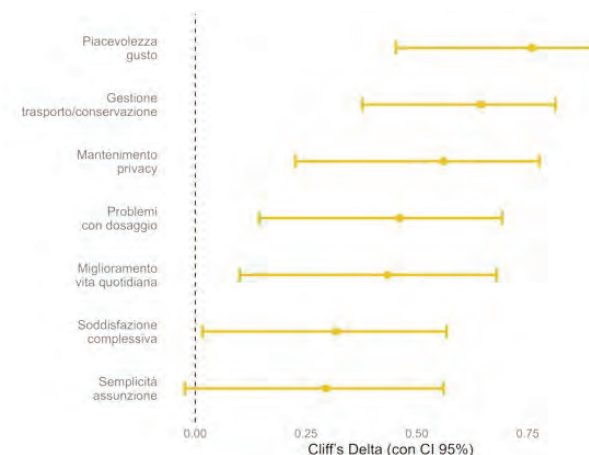
Dimensione	U	pBH	δ	IC 95% (LI)	IC 95% (LS)
Problemi con il dosaggio	-122.5	.005	0.46	0.14	0.69
Gestione trasporto/conservazione	-167.0	<.001	0.65	0.38	0.81
Mantenimento privacy	-146.5	.002	0.56	0.23	0.78
Miglioramento vita quotidiana	-116.0	.012	0.43	0.10	0.68
Piacevolezza gusto	-195.0	<.001	0.76	0.45	0.91
Semplicità assunzione	-82.5	.050	0.30	-0.02	0.56
Soddisfazione complessiva	-88.0	.032	0.32	0.02	0.57

Figura 1. *Frequenze dei punteggi di gradimento (scala Likert 1–4) per item.*



Il forest plot in Figura 2 fornisce una rappresentazione visiva dell'entità e della precisione delle differenze tra le due formulazioni di metadone. Il forest plot evidenzia come le dimensioni «gusto», «maneggevolezza» e «privacy» si trovino chiaramente sul lato positivo della linea di riferimento, con IC non sovrapponibili allo zero – confermando un effetto grande e statisticamente significativo a favore delle compresse.

Figura 2. *Forest plot dei Cliff's Delta per le sette dimensioni del questionario.*



Nota. Ogni punto rappresenta il valore stimato di Cliff's Delta e le barre laterali illustrano l'intervallo di confidenza al 95 %. La linea tratteggiata verticale a 0 indica assenza di differenza tra modalità compresse e sciropo. Le dimensioni con intervalli non sovrastanti lo zero sono significative dopo correzione BH.

Le dimensioni «impatto quotidiano» e «problemi con dosaggio» mostrano effetti di media entità, sempre significativi, mentre solo «semplicità di assunzione» presenta un IC che include lo zero, in linea con la non significatività statistica. Nell'ultima parte del questionario MC, per la difficoltà nel passaggio da sciropo a compresse, 14 utenti hanno riferito di non averne avute (per nulla), 5 di averne avute poche, 1 abbastanza e 2 molte. 18 utenti consiglierebbero molto to il passaggio da sciropo a compresse ad altri pazienti (2 abbastanza, 2 poco). 19 utenti riportano di desiderare molto di continuare con la modalità in compresse, 1 abbastanza e 2 poco. Le risposte sono riassunte nella Figura 3.

Figura 3. *Pie Chart per le 3 dimensioni aggiuntive del questionario MC.*



Nel complesso, i risultati suggeriscono che la formulazione in compresse è percepita in modo più favorevole

rispetto allo sciroppo in termini di caratteristiche sensoriali (gusto), pratiche (maneggevolezza, dosaggio, privacy) e di impatto quotidiano, con un beneficio complessivo che appare clinicamente rilevante. Infine, la maggior parte dei pazienti che utilizzano la modalità di assunzione in compresse, riporta di non ha trovato difficoltà nello switch da sciroppo a compresse, che consiglierebbe il tipo di terapia ad altri utenti e che desidera continuare con questa formulazione.

Conclusioni e discussione

Alla luce dei risultati di questo studio, sembrerebbe emergere come la formulazione in compresse sia preferibile per la maggior parte degli utenti, registrando livelli di soddisfazione superiore allo sciroppo in tutte le dimensioni qui valutate. Le domande incentrate su caratteristiche più precise sono riuscite a disegnare un quadro di apprezzamento più specifico con risultati in netto favore delle compresse: la piacevolezza del gusto, la facilitazione nella gestione del trasporto e della conservazione e il mantenimento della privacy sembrano essere infatti gli aspetti più graditi dai partecipanti allo studio. Anche il dosaggio e il miglioramento della vita quotidiana sono indici che restituiscono una preferenza della modalità di assunzione in compresse, anche se in modo leggermente meno evidente. La soddisfazione complessiva è comunque superiore, nonostante quest'ultima rifletta una percezione globale da parte degli utenti, poco descrittiva e possibilmente più difficilmente interpretabile. Riflettendo sulla non significatività del risultato rispetto alla semplicità di assunzione, ci si è chiesti se tale dato possa essere stato influenzato dalla difficoltà di deglutire compresse da parte dei pazienti. Diversi studi riportano come tra il 9 e il 37% degli adulti faticati o abbia faticato a ingerire compresse solide (Schiele et al., 2013), con ostacoli legati a caratteristiche fisiche delle pastiglie, come dimensioni, forma, superficie ruvida o sapore sgradevole (Hummler et al., 2023), oltre che a barriere psicologiche quali l'ansia e la necessità di modificare volontariamente un'azione normalmente automatica, come l'ingestione, che possono creare disagio (Schiele et al., 2022). Tra i possibili limiti di questo studio, va considerato che le scale Likert hanno una natura ordinale, che riduce l'informazione disponibile e rende problematico trattarle come variabili intervallari, con il rischio di un uso improprio di test parametrici (Harpe, 2015; Mircioiu & Atkinson, 2017). Per questo motivo è stato adottato un approccio non parametrico, utilizzando il test di Mann-Whitney U per il confronto tra gruppi indipendenti e la Cliff's Delta (δ) come misura dell'effetto. Un ulteriore limite riguarda la dimensione relativamente ridotta del campione, sebbene caratterizzato da una buona omogeneità per età, e la scarsa presenza di donne, che però riflette la prevalenza del genere femminile nei servizi. Inoltre, alcune dimensioni indagate, come la soddisfazione complessiva e il miglioramento della vita

quotidiana, risultano più generiche rispetto ad altre (ad esempio la soddisfazione legata alla privacy), con il rischio di fornire una misura meno precisa e descrittiva dell'esperienza degli utenti. Questo studio presenta un primo passo nell'esplorazione del gradimento dell'utenza per l'utilizzo del metadone in compresse, che può fornire da spunto per ulteriori approfondimenti: studi futuri potranno corroborare questi primi risultati, valutando anche possibili bias nella percezione della qualità, come "l'effetto novità" o la sensazione di essere stati "selezionati" per una nuova tipologia di trattamento, che è possibile contribuiscano a dirigere i pazienti verso una valutazione più positiva della nuova formulazione. Sarà inoltre fondamentale analizzare in modo sistematico sia i costi diretti (legati al prezzo della formulazione) sia i costi indiretti per i servizi relativi alla gestione e logistica, al personale, al tempo dei pazienti (es. tempo di accesso...), al fine di comprendere se, nonostante il prezzo ridotto delle formulazioni già disponibili, il formato in compresse possa comportare un effettivo risparmio complessivo. Infine, restano da considerare fattori pratici che potrebbero limitarne l'adozione, come il disagio di alcuni pazienti nella deglutizione delle compresse e le valutazioni economiche dei servizi.

Bibliografia

- Andersen, O., Zweidorff, O. K., Hjelde, T., & Rødland, E. A. (1995). Problemer med å svelge tabletter. Spørreundersøkelse fra allmennpraksis [Problems when swallowing tablets. A questionnaire study from general practice]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 115(8), 947-949.
- Barbosa, C. D., Balp, M. M., Kulich, K., Germain, N., & Rofail, D. A. (2012). A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient Preference and Adherence*, 6, 39-48. <https://doi.org/10.2147/PPA.S24752>
- Bruno, G. M., Caruggi, M., Ciccarone, A., Valentino, M. C., Ariano, V., De Fazio, S., Leonardi, C., Ventre, G., Riglietta, M., Somaini, L., Corbetta, A., & Colombo, G. L. (2024). Differences in the time needed for solid versus liquid delivery of methadone for patients with opioid use disorder in Italy: The SO.LI.D.O 2 study. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 15(2), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2024.03.005>
- Carlson, M. J., & Gabriel, R. M. (2001). Patient satisfaction, use of services, and one-year outcomes in publicly funded substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 52(9), 1230-1236. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.9.1230>
- Ciccarone, A., Valentino, M. C., Caruggi, M., & Bruno, G. M. (2022). L'erogazione del metadone cloridrato sci-

roppo in Italia: fabbisogno e costi sostenuti dalle regioni e province autonome. *Clinico Economics*, 17, 237–248. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S396907>

- Cunningham, Chinazo, et al. (2020). The ASAM national practice guideline for the treatment of opioid use disorder: 2020 focused update. *J Addict Med.* 14.2S Suppl 1. 1-91.

- Davis, E. L., Kelly, P. J., Deane, F. P., Baker, A. L., Buckingham, M., Degan, T., & Adams, S. (2020). The relationship between patient-centered care and outcomes in specialist drug and alcohol treatment: A systematic literature review. *Substance abuse*, 41(2), 216–231. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1671940>

- Ellefsen, R., Wüsthoff, L. E. C., & Arnevik, E. A. (2023). Patients' satisfaction with heroin-assisted treatment: a qualitative study. *Harm reduction journal*, 20(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00808-8>

- Hall, N. Y., Le, L., Majmudar, I., & Mihalopoulos, C. (2021). Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review from the client perspective. *Drug and alcohol dependence*, 221, 108651. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108651>

- Harpe, S. E. (2015). How to analyze Likert and other rating scale data. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 7(6), 836–850. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2015.08.001>

- Kelly, S. M., O'Grady, K. E., Brown, B. S., Mitchell, S. G., & Schwartz, R. P. (2010). The Role of Patient Satisfaction in Methadone Treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(3), 150–154. <https://doi.org/10.3109/00952991003736371>

- Leonard, K. V., Robertson, C., Bhowmick, A., & Herbert, L. B. (2020). Perceived treatment satisfaction and effectiveness facilitators among patients with chronic health conditions: A self-reported survey. *Interactive Journal of Medical Research*, 9(1), e13029. <https://doi.org/10.2196/13029>

- Lim, J., Farhat, I., Douros, A., & Panagiotoglou, D. (2022). Relative effectiveness of medications for opioid-related disorders: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE*, 17(3), e0266142. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266142>

- Limenh, L. W., Tessema, T. A., Simegn, W., Ayenew, W., Bayleyegn, Z. W., Sendekie, A. K., ... Kasahun, A. E. (2024). Patients' Preference for Pharmaceutical Dosage Forms: Does It Affect Medication Adherence? A Cross-Sectional Study in Community Pharmacies. *Patient Preference and Adherence*, 18, 753–766. <https://doi.org/10.2147/PPA.S456117>

- Lugoboni, F., Zamboni, L., Cibi, M., & Tamburin, S. (2019). Intravenous misuse of methadone, buprenorphine and buprenorphine-naloxone in patients under opioid maintenance treatment: A cross-sectional multicentre study. *European Addiction Research*, 25(1), 10–19. <https://doi.org/10.1159/000496112>

- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence [Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), Article CD002207. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002207>

- Mircioiu, C., & Atkinson, J. (2017). A comparison of parametric and non-parametric methods applied to a Likert scale. *Pharmacy*, 5(2), Article 26. <https://doi.org/10.3390/pharmacy5020026>

- Nesse, L., & Clausen, T. (2025). Treatment satisfaction among patients in opioid agonist treatment in Norway: A multicenter cohort study. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift: NAT*, 42(4), 353–364. <https://doi.org/10.1177/14550725251351711>

- Nguyen, V. T., Chan, E. S., Chou, S. H., Godwin, J. D., Fligner, C. L., Schmidt, R. A., & Pipavath, S. N. J. (2014). Pulmonary effects of i.v. injection of crushed oral tablets: 'Excipient lung disease'. *AJR. American Journal of Roentgenology*, 203(5), W506–W515. <https://doi.org/10.2214/AJR.14.12582>

- Religioni, U., Barrios-Rodríguez, R., Requena, P., Borowska, M., & Ostrowski, J. (2025). Enhancing therapy adherence: Impact on clinical outcomes, healthcare costs, and patient quality of life. *Medicina*, 61(1), 153. <https://doi.org/10.3390/medicina61010153>

- Romano, J., Kromrey, J., Coraggio, J., & Skowronek, J. (2006). Appropriate statistics for ordinal level data: should we really be using t-test and Cohen's d for evaluating group differences on the NSSE and other surveys? Annual meeting of the Florida Association of Institutional Research.

- Shadnia, S., Rahimi, M., Hassanian-Moghaddam, H., Soltaninejad, K., & Noroozi, A. (2013). Methadone toxicity: Comparing tablet and syrup formulations during a decade in an academic poison center of Iran. *Clinical Toxicology*, 51(8), 777–782. <https://doi.org/10.3109/15563650.2013.830732>

- Schiele, J. T., Quinzler, R., Klimm, H. D., Pruszydlo, M. G., & Haefeli, W. E. (2013). Difficulties swallowing solid oral dosage forms in a general practice population: prevalence, causes, and relationship to dosage forms. *European journal of clinical pharmacology*, 69(4), 937–948. <https://doi.org/10.1007/s00228-012-1417-0>

- Somaini, L., Leonardi, C., De Fazio, S., & Vecchio, S. (2022). Confronto tra formulazioni solide e liquide di farmaci agonisti oppioidi nel trattamento del Disturbo da uso di Oppiacei (Studio SO.LI.D.O). *SITOX Informa*, 25(1), 4–8.

- Somaini, L., Vecchio, S., Salvatore, D. F., Ercolini, A., & Gori, D. (2021). Different formulations of methadone and levomethadone in the management of opioid use disorder. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 23(1), 1–13. <https://doi.org/10.2478/harcp-2021-0001>

- Windle, E., Tee, H., Sabitova, A., Jovanovic, N., Priebe, S., & Carr, C. (2020). Association of Patient

Treatment Preference With Dropout and Clinical Outcomes in Adult Psychosocial Mental Health Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 77(3), 294–302. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3750>

- Zhang, Z., Gerstein, D. R., & Friedmann, P. D. (2008). Patient satisfaction and sustained outcomes of drug abuse treatment. *Journal of health psychology*, 13(3), 388-400.

- Zinsstag, J., Schelling, E., Waltner-Toews, D., & Tanner, M. (2011). From «one medicine» to «one health» and systemic approaches to health and well-being. *Preventive Veterinary Medicine*, 101(3-4), 148–156.

1.4

STUDIO OSSERVAZIONALE DI OUTCOME RELATIVO ALL'APPLICAZIONE DI UN ALGORITMO DECISIONALE SULL'AFFIDO DI FARMACO AGONISTA

Zuccala S.*^[1], Gheda L.^[2]

^[1]Università degli Studi di Brescia ~ Brescia ~ Italy, ^[2]ASST
SPEDALI CIVILI DI BRESCIA - SerD ~ Brescia ~ Italy

Esiti clinici dell'introduzione di un algoritmo per l'affido della terapia agonista in pazienti con disturbo da uso di oppioidi.

Background

La dipendenza da oppioidi rappresenta una sfida sanitaria e sociale, associata a elevata morbidità e tassi di recidiva. L'affido farmacologico è un'opzione terapeutica che favorisce l'autonomia e l'integrazione sociale dei pazienti, ma richiede criteri oggettivi di gestione per garantirne sicurezza ed efficacia.

Obiettivo

Valutare l'impatto dell'introduzione di un algoritmo decisionale nella concessione dell'affido di terapia agonista a pazienti con disturbo da uso di oppioidi (OUD) e individuare potenziali fattori predittivi di outcome.

Metodi

Studio osservazionale, retrospettivo e monocentrico condotto su 165 pazienti in trattamento agonista presso il SerD. di Brescia, confrontando i dati raccolti nel 2018 (pre-algoritmo) e nel 2024 (post-algoritmo). L'algoritmo (Algoritmo decisionale 1) definisce criteri clinici e tossicologici per la concessione dell'affido.

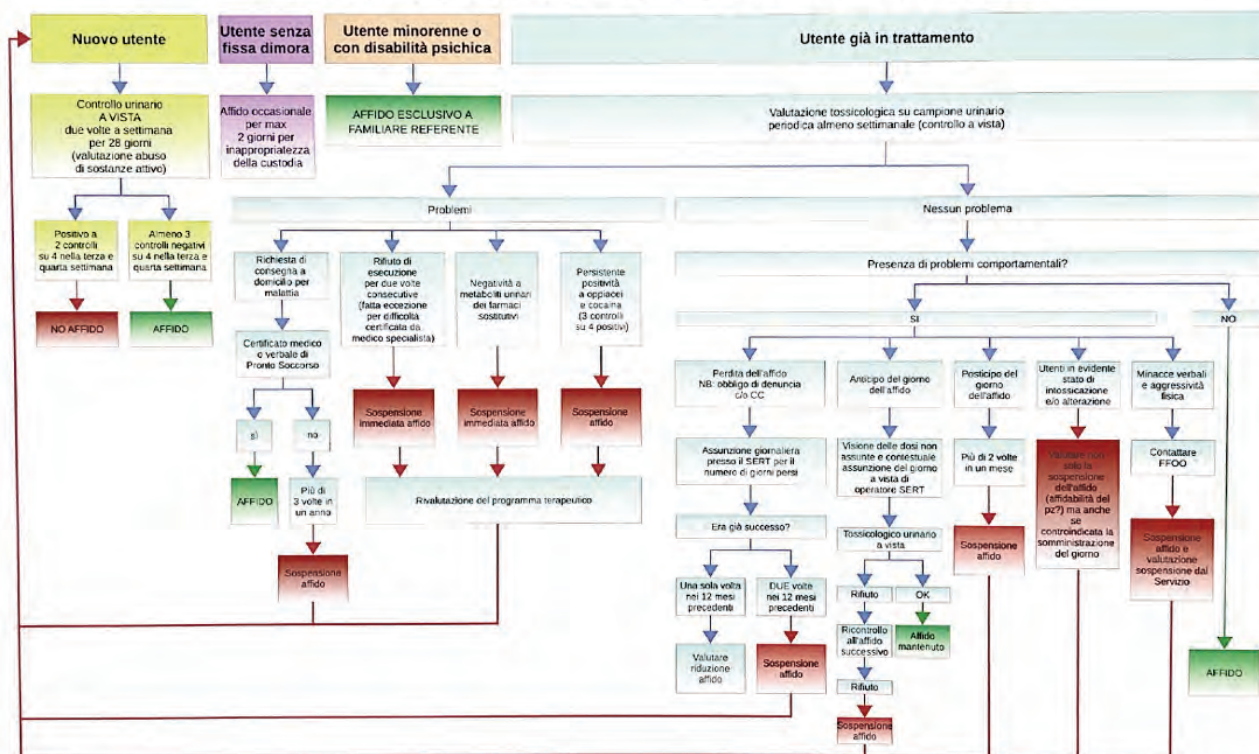
Variabili analizzate

caratteristiche sociodemografiche, comorbidità psichiatriche e infettive, pattern di consumo, tasso di negatività urinaria. Outcome primario: variazione del tasso di negatività dei test per oppioidi/cocaina, calcolata come differenza tra la percentuale di urine negative nel 2024 e quella del 2018. Tale variazione è stata valutata mediante la variabile operativa: $\Delta\text{negatività} = \% \text{ urine negative } 2024 - \% \text{ urine negative } 2018$.

Risultati

Il campione analizzato risulta composto in prevalenza da soggetti adulti, di sesso maschile, con pattern di poliutilizzo di sostanze. Dopo l'introduzione dell'algoritmo si è osservato un incremento medio del 26,1%

GRAFICO DECISIONALE PER AFFIDO TERAPIA AGONISTA



Algoritmo decisionale 1

nel tasso di negatività urinaria, con miglioramento clinico in 120 pazienti (72,7%) (Grafico 1 – Miglioramento tasso di negatività individuale; Grafico 2 – Distribuzione per categorie di miglioramento). Per quanto riguarda la comorbidità psichiatrica, 43 pazienti (26,1%) presentavano una condizione di doppia diagnosi (Grafico 3 – Distribuzione diagnosi DSM-5). Il 73,9% presentava polibuso di sostanze e il 26,1% uso esclusivo di oppioidi (Grafico 4 – Pattern di utilizzo di sostanze). Nessuna variabile sociodemografica o clini-

ca, inclusa la doppia diagnosi, è risultata predittiva dell'esito (Grafico 5 – Forest plot).

Conclusioni

L'affido farmacologico, inserito in un percorso di cura strutturato e regolato da criteri condivisi e standardizzati, con monitoraggio tossicologico, si conferma efficace nel favorire la riduzione del consumo di sostanze in pazienti con OUD.

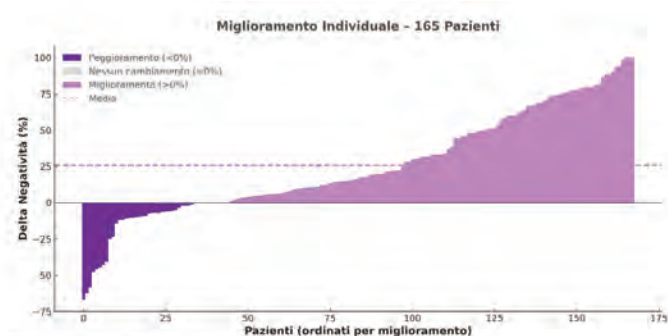


Grafico 1 - Miglioramento tasso negatività individuale

Pattern di uso di sostanze

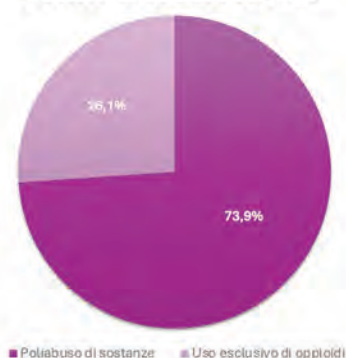


Grafico 4 - Pattern di utilizzo di sostanze

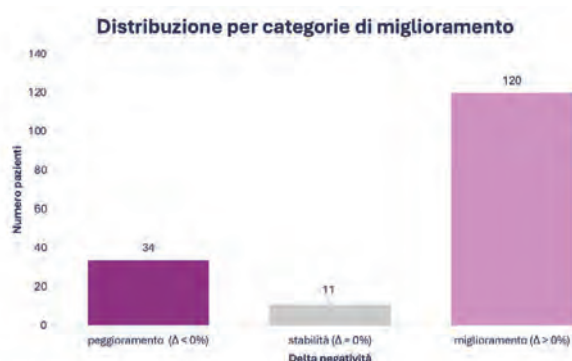


Grafico 2 - Distribuzione per categorie di miglioramento

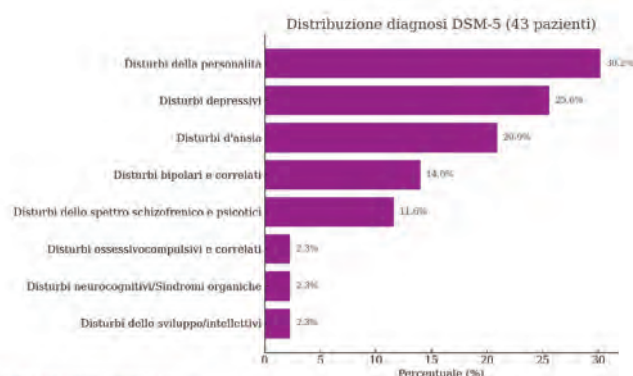


Grafico 3 - Distribuzione diagnosi DSM - 5

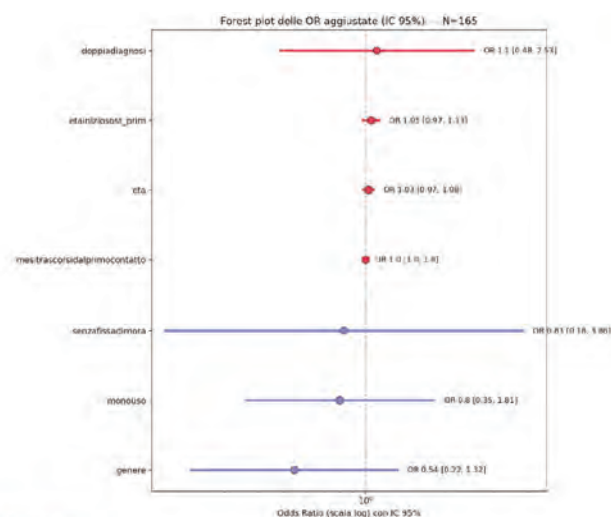


Grafico 5 - Forest plot

1.5

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLO SWITCH DA METADONE A LEVOMETADONE SULLA QUALITÀ DI VITA DEI PAZIENTI: L'ESPERIENZA DEL SERD VENARIA

Daniele P.*, Galdino L.F.

*SerD Venaria - Dipartimento Patologia delle dipendenze
ASLTO3 - Regione Piemonte ~ Venaria ~ Italy*

Analisi di un campione di 34 pazienti trattati con Levometadone per circa un anno a seguito di uno switch terapeutico dal metadone, con particolare riferimento a quattro indicatori clinici sulla qualità di vita: sedazione, sudorazione, stipsi e disfunzioni sessuali.

Obiettivo dello Studio

Valutare l'efficacia del passaggio da Metadone a Levometadone in base a quattro indicatori clinici: sedazione, sudorazione, stipsi e funzioni sessuali. I pazienti (34 soggetti; 29 maschi e 5 femmine) sono stati valutati a novembre 2024 e retrospettivamente a novembre 2023.

Strumenti Utilizzati

Al fine di effettuare la valutazione, è stata utilizzata la Scala Analogica Visiva (V.A.S.) per la sedazione e la sudorazione, la valutazione dei criteri ROMA IV per la stipsi, e il questionario PRsexDQ-Salsex per le disfunzioni sessuali. Le valutazioni sono state effettuate alla data dello switch da metadone a levometadone e dopo 12 mesi di trattamento con levometadone, in tutti i 34 pazienti inseriti nello studio, sulla base dei seguenti parametri:

- Sedazione
- Sudorazione
- Stipsi
- Disfunzione sessuale.

Risultati

L'analisi statistica dei dati ottenuti ha evidenziato i seguenti risultati:

1. Sedazione:

Differenza media: 0.71.

Il p-value di 0.1642 indica che la differenza non è statisticamente significativa.

Non si osservano cambiamenti rilevanti per questo parametro.

2. Sudorazione:

Differenza media: 1.51.

Il p-value di 0.0048 indica una differenza statisticamente significativa al livello di confidenza del 99%.

Il passaggio a Levometadone ha migliorato significativamente questo parametro.

3. Stipsi:

Differenza media: 1.24.

Il p-value di 0.0182 indica una differenza statisticamente significativa al livello di confidenza del 95%.

Anche questo parametro mostra miglioramenti significativi con il passaggio a Levometadone.

4. Disfunzioni Sessuali:

Differenza media: -0.03.

Il p-value di 0.9524 indica che non c'è alcuna differenza significativa.

Non si osservano miglioramenti per questo parametro.

Limiti dello Studio

1. Campione limitato: solo 34 pazienti, con una predominanza di maschi (29 su 34).

2. Presenza di comorbidità psichiatriche e trattamenti farmacologici concomitanti: la presenza di pazienti con diagnosi di psicosi in trattamento con antipsicotici e/o benzodiazepine (10 su 34) potrebbe aver influenzato i risultati, considerando le possibili interazioni farmacologiche e gli effetti collaterali associati a questi farmaci.

3. Possibile presenza altri fattori confondenti e cambiamenti nello stile di vita dei pazienti

Conclusioni

Il passaggio da Metadone a Levometadone ha mostrato miglioramenti significativi per:

- Sudorazione: con un forte effetto statisticamente significativo ($p < 0.01$).
- Stipsi: con un effetto moderatamente significativo ($p < 0.05$).

Non si osservano differenze significative per la Sedazione e le Funzioni Sessuali.

I risultati ottenuti indicano che lo "switch" da Metadone a Levometadone può avere benefici statisticamente significativi nella riduzione della sudorazione e della stipsi, mentre non appaiono osservabili nel nostro campione di pazienti miglioramenti altrettanto significativi per la sedazione e le disfunzioni sessuali.

I limiti metodologici e la natura retrospettiva dello studio suggeriscono ovviamente la necessità di ulteriori ricerche prospettiche con campioni più ampi.

Si ringraziano i colleghi del SerD Venaria che hanno partecipato fattivamente allo studio e alla raccolta dei dati.

Bibliografia

1. Diagnosi di costipazione indotta da oppioidi Criteri di ROMA IV. Brian E. Lacy, et al., Bowel Disorders. Gastroenterology 2016; 150:1393-1407.
2. Questionario sui disturbi sessuali conseguenti alla terapia psicofarmacologica (PRSexDQ-SALSEX). Montejo AL. 2000.

Area tematica 2

PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE NELLE DIPENDENZE: nuove prospettive

2.1

NEUROESTETICA E DIPENDENZE: RIDURRE LO STIGMA E ATTIVARE IL PIACERE

Pinna S., Gagliardo G., Caporilli F., Forner M.,
Di Cesare A., Picello A.*

Azienda Sanitaria Locale Roma 1, UOC Dipendenze - Dipartimento Salute Mentale ~ Roma ~ Italy

Dal gruppo sulla regolazione emotiva e gestione del craving, alla progettazione di esperienze estetiche riabilitative: interventi specialistici secondo un approccio integrato e personalizzato.

Introduzione e scopo

Il presente lavoro ha lo scopo di esporre il processo di una attività di gruppo, nella quale sono stati integrate in un setting sanitario e psicoterapico già validate, risorse terapeutiche culturali e artistiche, da svolgersi nel centro storico di Roma. Riteniamo di aver lavorato operazionalizzando alcuni costrutti scientifici della Neuroestetica, area di ricerca del gruppo di Semir Zeki dell'Università di Londra. Avviati oramai 25 anni fa, tali scoperte hanno individuato con la risonanza magnetica funzionale le aree cerebrali implicate nella fruizione del bello, con attribuzione di significati all'arte visiva: corteccia orbitofrontale mediale, circuito mesolimbico della ricompensa e aree prefrontali. Come noto, si tratta degli stessi circuiti coinvolti nella Addiction, pertanto bersagli di un lavoro riabilitativo nella cura delle patologie da dipendenza. A partire dai temi centrali affrontati nel gruppo terapeutico, ovvero skills e strategie di gestione del craving e di Regolazione Emotiva (RE), i pazienti esprimevano la necessità di mettere in pratica strategie per impiegare il tempo libero incrementando le attività piacevoli: per rispondere a questa sollecitazione è stato costruito un intervento di visita museale personalizzata sui temi

della cura, della bellezza e dello sfoggio artistico. È stato selezionato un museo prossimo al Servizio delle Dipendenze della ASL Roma 1, anche al fine di valorizzare le risorse del territorio e realizzare un'attività facilmente raggiungibile per i partecipanti.

Materiali e metodi

Sono stati individuati 9 utenti in carico al Servizio delle Dipendenze della ASL Roma1, SerD situato nel cuore di Trastevere, con trattamenti personalizzati già attivi, per comporre un gruppo il cui focus è stato la gestione del Craving e le Abilità di Regolazione Emotiva. I pazienti hanno effettuato una valutazione psicologica individuale mediante una batteria composta dai seguenti test: Symptom Check List (SCL 90), Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Toronto Alexithymia Scale (TAS 20), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) e Temperament and Character Inventory (TCI). Tutti seguivano una terapia individuale, psicologica e/o farmacologica, effettuata al SerD da circa 8-10 mesi, monitoraggio del Craving mediante Visual Analogue Scale (VAS) compilata in ambulatorio e a domicilio e approfondimento della tipologia di craving (Obsessive, Reward o Relief) mediante Craving Typology Questionnaire (CTQ). Il progetto terapeutico del singolo utente era stato condiviso con l'équipe multiprofessionale composta da medico, infermiere, assistente sociale e psicologo ed effettuato lo screening secondo la procedura aziendale di valutazione della gravità: Valutazione Globale del Funzionamento (VGF), Modified Overt Aggression Scale (MOAS), Rischio Suicidario (RS), Rischio e Vulnerabilità Sociale (RVSA). In base alla conoscenza che l'équipe aveva di ciascun utente, sono state reclutate quindi 9 persone (4 donne e 5 uomini) con dipendenza da sostanze (3 ss Cocaina, 5 ss Alcol, 1 ss Cannabis, in terapia agonista per DUO in remissione) al fine di comporre un gruppo di terapia focalizzata sulla abilità di Regolazione Emotiva, per un totale di 11 incontri, a cadenza settimanale, nel tempo di 3 mesi e condotto da 3 operatori dell'area psico-sociale (2 psicologi e 1 assistente sociale). Sono stati selezionati i membri del gruppo in base ad alcune caratteristiche quali l'adesione al trattamento, la consapevolezza della fase di malattia, la capacità di cooperazione, capacità di introspezione, di rielaborazione cognitiva ed emotiva, apertura al cambiamento dei comportamenti sociali. Il gruppo ha scelto un proprio nome, "Regolamo-Se", e ha perseguito l'obiettivo di incrementare la consapevolezza del desiderio e del consumo di sostanze, l'analisi funzionale del comportamento di consumo, il migliore riconoscimento dei triggers interni ed esterni, le caratteristiche esperienziali del desiderio in rapporto a stimoli e tentazioni di contesto, e la personalizzazione di strategie utili a gestire il craving, utilizzando l'approccio dello Skill Training della Dialectical Behavior Therapy (DBT), per acquisire skills di tolleranza della sofferenza e di regolazione emotiva.

Risultati

Nel corso degli incontri, in cui veniva regolarmente misurato il craving attuale e settimanale mediante la VAS, si è osservato un significativo e progressivo decremento del craving presente all'inizio degli incontri, e di quello settimanale (Fig.1). Nel corso del processo di gruppo (parallelamente alla riduzione del craving percepito) i pazienti hanno esposto la necessità di valorizzare il tempo liberato dall'addiction, di visitare spazi che fossero alternativi rispetto alla frequentazione di luoghi soliti, automatici e logori e, soprattutto, di fare un'esperienza comune emotivamente significativa. In questo modo è nato il progetto di condividere, nell'ultimo giorno del gruppo, una visita guidata presso un museo d'arte pittorica, possibile fonte di ispirazione interiore, ma anche di riappropriazione di una identità sociale, riscoprendo il bello che cura e il sano desiderio di fare un'attività piacevole in gruppo. Il museo individuato per effettuare una visita personalizzata, è la Galleria Corsini-Barberini sita a 650 mt dal SerD, grazie al contributo di una guida museale, adeguatamente preparata nella sinergia arte e salute. La realizzazione di questo tipo di esperienza è stata possibile grazie ad un accordo di collaborazione tra il SerD e la Galleria (Fig.2). Successivamente alla visita sono stati richiesti, singolarmente, dei brevi report scritti ai partecipanti, in modo tale da poter effettuare una mini-analisi qualitativa del linguaggio. Un dato a nostro avviso interessante è che le parole frequentemente utilizzate a commento della visita sono state: "Piacere", "Novità" e "insieme" (Fig.3). La maggior parte dei partecipanti ha anche verbalizzato il desiderio di ripetere l'esperienza, sia singolarmente che come gruppo. È stato altresì misurato il craving post visita che era pari, in media, a 0.8, nella scala 0-10.

Conclusioni e discussione

Un approccio quanto più integrato nel trattamento delle dipendenze è raccomandato dalle diverse LG internazionali e riteniamo che un servizio moderno per le dipendenze abbia la mission di costruire progetti sartoriali con i propri utenti, che utilizzino oltre naturalmente ai procedimenti validati ed evidence based, tutte le risorse disponibili anche nel contesto e nel territorio. Il suddetto lavoro rappresenta, a nostro avviso, una possibilità di personalizzare non solo il singolo percorso del singolo utente, ma anche di estendere lo sguardo verso il territorio in cui il servizio è collocato e valorizzarlo. Con il semplice modeling, nato da un'idea maturata e verbalizzata all'interno del gruppo terapeutico, è stato possibile realizzare concretamente un intervento di recupero del piacere, spunto per strategie di cura dell'anedonia e alternativo alla ripetizione di comportamenti automatici disfunzionali, usufruendo di una bellezza disponibile e ritrovata. La risposta ottenuta dai pazienti è stata una progettazione condivisa, che ha sostenuto una motivazione intrin-

seca al reward e incrementato l'empowerment. La fruizione attiva del patrimonio artistico all'interno di un percorso di cura sostiene l'idea di ricerca culturale ed estetica come attività alternativa ai comportamenti automatici di consumo: l'esperienza ci sembra aver confermato empiricamente costrutti teorici noti da tempo, ovvero che stimoli estetici positivi possono modulare la risposta del sistema di ricompensa e promuovere comportamenti alternativi e correttivi. Ci auguriamo, in futuro, di ripetere l'esperienza implementandola all'interno di attività terapeutiche già attive nel servizio. Concludiamo riportando alcune immagini dei diretti interessati (Fig.4).

Fig. 1 Grafico dell'andamento della V.A.S. del craving, attuale e settimanale, nel corso degli 11 incontri del gruppo Regolamento-Sé

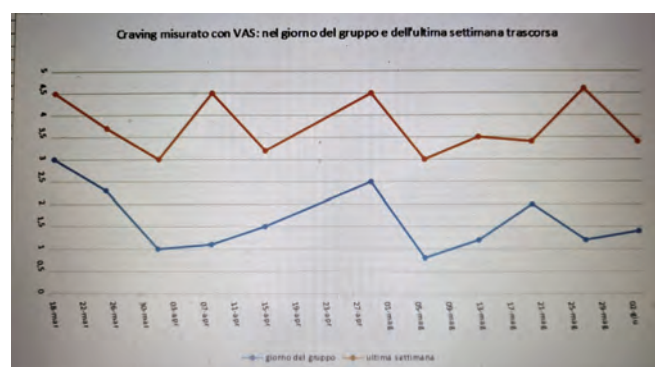


Fig. 2 Accordo di collaborazione SerD-Galleria Corsini-Barberini per la visita guidata

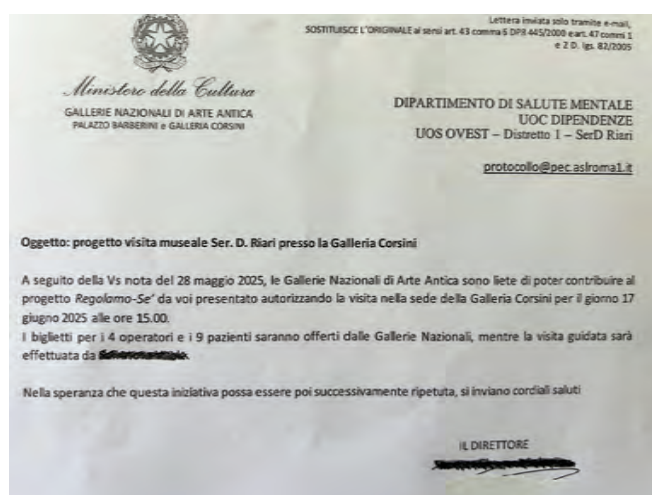


Fig. 3 Alcuni report scritti dai pazienti dopo la visita guidata

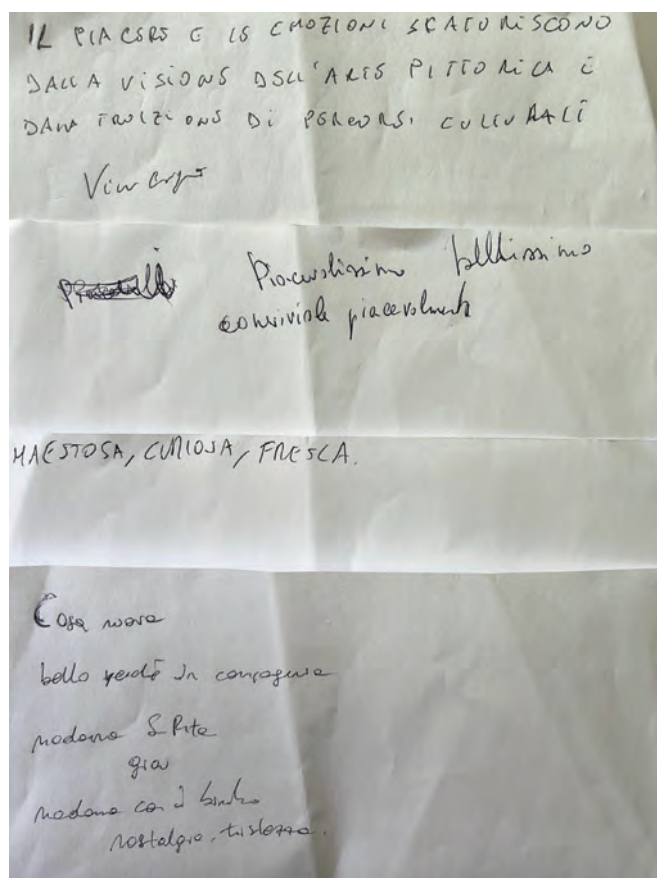


Fig. 4 Foto dell'esperienza



2.2

CASE STUDY: LE IMPLICAZIONI CULTURALI/RELIGIOSE NELLA TERAPIA CON BUPRENORFINA LONG-ACTING SOTTOCUTANEA IN GIOVANE ADULTO CON DISTURBO DA USO D'OPPIOIDI

Vertullo S.^[1], Varango C.^[2]

^[1]Ser.T ~ Lodi ~ Italy, ^[2]SerD ~ Pavia ~ Italy

Presentazione di un caso clinico complesso, non solo dal punto di vista sanitario e terapeutico ma anche di dimensione sociale e culturale. Domini che hanno impattato in maniera importante per l'insuccesso della prima parte del percorso presso il Servizio ma che, una volta affrontati, hanno portato al raggiungimento dell'outcome ideale prefissato.

Introduzione/Background

In Italia, l'approccio alla prescrizione di oppioidi per il trattamento del dolore è storicamente caratterizzato da un'evidente riluttanza da parte dei medici. Tale atteggiamento trova conferma nei dati epidemiologici OSMED, che indicano un consumo medio nazionale espresso in dosi giornaliere definite per 1000 abitanti stabile negli ultimi anni. Confrontando i dati italiani con quelli di altri Paesi europei, emerge un utilizzo sensibilmente inferiore di oppioidi a media potenza rispetto a Inghilterra, Germania, Francia e Spagna, con valori paragonabili solo a Danimarca e Svezia, le quali, tuttavia, mostrano un impiego più elevato di oppioidi ad alta potenza.

Sebbene i dati suggeriscano un rischio relativamente contenuto di misuso o diversione in Italia rispetto ad altre nazioni, esistono sottogruppi di popolazione particolarmente vulnerabili che richiedono attenzione specifica. Secondo l'Agenzia dell'Unione Europea per le Droghe (EUDA), le popolazioni migranti e le minoranze etniche (MEM) possono presentare vulnerabilità aumentate nella gestione di disturbi da uso di sostanze, legate non solo al rischio di insorgenza della patologia, ma soprattutto all'accesso e all'aderenza ai percorsi di cura.

Barriere di tipo linguistico, culturale e religioso, unitamente a fattori di stigma sociale, possono ostacolare la presa in carico e la continuità terapeutica. In particolare, nelle comunità a prevalenza musulmana, sono state segnalate come barriere principali la scarsa consapevolezza del disturbo e lo stigma legato alla sua

diagnosi e trattamento.

Presentazione del caso

Un paziente maschio di 19 anni, di origine nordafricana, si presenta volontariamente al Servizio per le Dipendenze per richiesta di presa in carico, riferendo un disturbo da uso di oppioidi di origine iatrogena. La valutazione secondo i criteri DSM-5 evidenzia la presenza di 9 criteri su 11, compatibile con un disturbo di grado severo. Le sostanze di elezione sono state inizialmente il tramadolo, seguito da ossicodone, con concomitante uso di benzodiazepine (lorazepam, clonazepam, alprazolam, zolpidem). Il paziente ha inoltre riferito consumi sporadici di anticolinergici, antistaminici, fitocomposti psicoattivi, cannabis e altre sostanze reperite per curiosità sperimentale, anche tramite farmaci scaduti recuperati in farmacia.

Peculiare la presenza di diari di consumo dettagliati, riportanti sostanze, dosaggi, vie di somministrazione, tempistiche e sintomi associati. Il primo utilizzo di tramadolo era avvenuto su prescrizione per lombosciatalgia (100 mg os), successivamente incrementato fino a 150 mg per via rettale, in associazione con lorazepam e tapentadolo. Il paziente descriveva effetti peculiari anche a dosi terapeutiche, quali dispercezioni sensorie, intensa euforia e allucinazioni uditive e tattili, utilizzando talvolta la sostanza per autoinduzione ipnotica. Annotava esperimenti di estrazione artigianale (es. codeina da combinazioni paracetamolo/codeina) e potenziamento farmacocinetico (succo di pompelmo per inibizione CYP3A4). Informazioni tecniche e farmacologiche venivano reperite online su piattaforme come Erowid e Psychonaut Wiki.

Non erano presenti familiarità per disturbi da uso di sostanze. La famiglia, fortemente religiosa, non era a conoscenza dei consumi.

Percorso terapeutico

Alla presa in carico, il rapporto con i familiari risultava compromesso dalla loro contrarietà alla terapia con agonisti oppioidi, percepita in conflitto con principi religiosi e sociali. Il paziente, fortemente motivato, iniziava terapia metadonica (15 mg/die) senza ricovero iniziale per astinenza. Dopo iniziale titubanza, la madre acconsentiva al percorso. Per esigenze universitarie, la somministrazione passava da osservata ad affidata al paziente, con sospetto di diversione (perdita di farmaco e testimonianza di iniezione endovenosa di metadone).

Si decideva quindi di affidare la gestione alla madre, che successivamente diluiva la terapia per disapprovazione verso l'assunzione orale. Per evitare l'espulsione da casa, il paziente accettava la sospensione del metadone, con rischio di sindrome astinenziale. Seguiva un periodo di allontanamento familiare, consumo in strada e ricadute. Durante il Ramadan, la madre lo allontanava nuovamente per consumo di alcol e oppioidi. Il paziente rientrava al Servizio richiedendo supporto, ma mani-

festava timore rispetto al rapporto con la madre. Si optava per buprenorfina a rilascio prolungato (iniezione sottocutanea), per evitare assunzioni orali percepite negativamente e migliorare l'aderenza. Dopo l'induzione, il paziente mostrava stabilità clinica e sociale, monitorata tramite screening urinari.

Discussione

Il tramadolo presenta peculiarità farmacologiche uniche rispetto ad altri oppioidi: affinità ridotta per il recettore μ , assenza di affinità per κ e δ , e inibizione della ricaptazione di serotonina e noradrenalina, con meccanismo multimodale. L'efficacia analgesica aumenta in seguito alla metabolizzazione a O-desmetiltramadolo (M1) mediata da CYP2D6, mentre CYP2B6 e CYP3A4 producono metaboliti inattivi. Polimorfismi genetici del CYP2D6 influenzano significativamente l'attività del farmaco: i metabolizzatori ultrarapidi presentano un rischio aumentato di tossicità e abuso. La prevalenza di tale fenotipo è più alta in popolazioni nordafricane, elemento di rilievo nella prescrizione. L'FDA segnala controindicazioni d'uso in pazienti con genotipi duplicati ($*1/*1xN$, $*1/*2xN$) comuni in quest'area geografica.

Sebbene dati statunitensi ed europei indichino un rischio di abuso di tramadolo inferiore rispetto a morfina e codeina, studi nordafricani mostrano alta prevalenza di uso problematico in adolescenti, anche in combinazione con alcol e cannabis.

Nel caso discusso, i fattori genetici si sommano a barriere culturali e religiose. L'aderenza alla terapia agonista è stata compromessa dal periodo di Ramadan, periodo in cui sono documentate modifiche autonome della posologia di farmaci orali. La scelta di una formulazione long-acting iniettabile ha permesso di superare tali ostacoli, garantendo continuità terapeutica e stabilità clinica.

Conclusioni

La gestione dei disturbi da uso di oppioidi in pazienti appartenenti a minoranze etniche richiede un approccio integrato che consideri variabili farmacogenetiche, barriere culturali e contesto religioso. L'adozione di formulazioni non orali e a rilascio prolungato potrebbe rappresentare una strategia efficace per migliorare l'aderenza e ridurre il rischio di interruzione del trattamento in periodi culturalmente sensibili come il Ramadan. Il caso evidenzia come la personalizzazione terapeutica, oltre l'aspetto farmacologico, sia determinante per il successo clinico a lungo termine.

2.3

NUOVI ORIZZONTI NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE. APPROCCIO INTEGRATO CON STIMOLAZIONE MAGNETICA TRANSCRANICA (TMS): UN CASO CLINICO

Marigliano N.M.*, Buccolieri C., Larato A., Schirosi G.M., German S., Ariano V.

Dipartimento Dipendenze Patologiche /SerD Taranto ~ Taranto ~ Italy

“Intervento integrato Farmacologico, Psicoterapico e Neuromodulativo con Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS) in un Sacerdote con grave Disturbo da Uso di Alcol e Benzodiazepine: descrizione del caso clinico, criticità istituzionali, evoluzione, risultati e prospettive di un trattamento innovativo.”

Introduzione

Il Disturbo da Uso di Alcol rappresenta una delle sfide più impegnative per la Medicina delle Dipendenze. Nonostante i progressi degli ultimi decenni, la gestione clinica di pazienti con dipendenza alcolica severa continua a presentare un elevato tasso di ricadute, sono casi definiti resistenti o multi-fallimentari, dove l'intervento farmacologico standard e i percorsi psicoterapeutici tradizionali risultano parzialmente o totalmente inefficaci.

Questa complessità aumenta quando il paziente, appartiene a contesti istituzionali o comunitari a forte identità simbolica, come nel caso di sacerdoti, religiosi o ministri di culto. In tali circostanze, il conflitto tra ruolo spirituale, missione vocazionale e sofferenza psicologica costituisce un fattore di vulnerabilità aggiuntivo che alimenta dinamiche di vergogna, colpa, isolamento sociale e difficoltà ad accedere alle cure, oltre che una maggiore resistenza ad accettare percorsi terapeutici che implicino un riconoscimento formale della dipendenza.

Caso Clinico

Il caso clinico, qui descritto, riguarda un Sacerdote di 40 anni con un percorso di studi teologici e filosofici svolto a Roma, ordinato dopo una Formazione Superiore di eccellenza. Fin dall'adolescenza presenta tratti ansioso-depressivi, esacerbati dopo l'ingresso nel ministero attivo a causa delle crescenti richieste pastorali, dell'isolamento affettivo e del carico emotivo

connesso all'ascolto delle sofferenze della comunità. Nel corso degli anni ha sviluppato un uso progressivamente smodato di alcol come auto-medicazione, con conseguente compromissione della vita comunitaria ed ecclesiastica. A tale uso si è associata una dipendenza da benzodiazepine, inizialmente prescritte dal proprio medico di base, per insonnia e disturbi d'ansia.

Trattamenti Precedenti

Una prima ospedalizzazione in un reparto di Medicina delle Dipendenze nel Nord Italia, ha permesso una parziale disassuefazione dall'alcol, mediante detossificazione controllata e trattamento farmacologico mirato, comprendente: Alcover (soluzione orale di ossibato di sodio) a scalare, Sertralina (SSRI), Trazodone (antidepressivo con proprietà ipnoinducenti) e Bupropione, Topiramato e Baclofen per il controllo del craving, Rivotril (clonazepam) per la gestione dell'ansia residua (Schema A).

Tale protocollo veniva confermato alle dimissioni come terapia di mantenimento ed il paziente inviato al nostro Servizio per una presa in carico integrata finalizzata a dare continuità terapeutica e potenziarne la stabilizzazione.

Evoluzione

Nonostante un iniziale ritiro relazionale e difficoltà di engagement, il paziente ha progressivamente mostrato una buona aderenza al percorso medico e psicoterapico, condividendo tematiche centrali quali il conflitto tra la propria missione spirituale e la sofferenza personale, il vissuto di fallimento percepito rispetto al ruolo di guida per la comunità e la difficoltà di riconoscersi bisognoso di aiuto. Tuttavia, nonostante la motivazione crescente, ha presentato diversi episodi di ricaduta con consumo eccessivo di alcol, spesso associato a un abuso di benzodiazepine.

Questa vulnerabilità si è manifestata anche dopo un successivo ricovero, espressamente richiesto dal paziente, in una Struttura privata accreditata, finalizzata alla disassuefazione dalle Benzodiazepine tramite somministrazione di Flumazenil, antagonista recettoriale GABAergico di tipo A, utilizzato secondo protocolli sperimentali, in casi di dipendenza cronica.

Il protocollo, condotto in regime residenziale con Elastomero, ha permesso di gestire in sicurezza la fase di wash-out farmacologico, ma la successiva ricaduta precoce, dopo la dimissione, ha confermato la necessità di strategie di potenziamento e di un approccio integrato più incisivo.

Un ulteriore misura di prevenzione delle ricadute è stata introdotta mediante l'utilizzo di Disulfiram (Antabuse), ma la stessa, ha prodotto effetti deterrenti parziali, limitando in parte l'assunzione impulsiva di alcol grazie al meccanismo di blocco dell'acetaldeide deidrogenasi, ma senza impedire un consumo episodico (Schema B).

Inoltre, sono emersi segni di compromissione neuroco-

gnitiva: disorientamento temporo-spaziale, eloquio rallentato, deficit di memoria recente, verosimilmente legati sia all'uso cronico di sostanze e ai danni neurotossici dell'alcol, sia al carico farmacologico. A questo punto, è stata attuata una strategia di deprescription, riducendo la politerapia e mantenendo esclusivamente Sertralina, Levetiracetam e Trazodone.

Introduzione della Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS)

Alla luce della refrattarietà del caso, il nostro Servizio ha deciso di proporre un approccio innovativo, integrando la Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva (rTMS) come trattamento di potenziamento.

La TMS è una tecnica di neuromodulazione non invasiva che utilizza impulsi magnetici per stimolare regioni specifiche della corteccia cerebrale. Gli studi hanno evidenziato come la stimolazione della corteccia prefrontale dorsolaterale sinistra (DLPFC) possa modulare circuiti neurofunzionali implicati nel craving, nella ricompensa e nei meccanismi di controllo inibitorio, frequentemente disfunzionali nei disturbi da uso di sostanze.

Il razionale neurofisiologico si basa sull'ipotesi che la DLPFC regoli i circuiti fronto-striatali implicati nel comportamento impulsivo, nella gestione del desiderio di sostanza e nei processi decisionali. L'ipostimolazione di queste aree, osservabile tramite studi di neuroimaging nei soggetti con dipendenza da alcol, giustifica l'impiego della TMS per potenziare la neuroplasticità e favorire il recupero di un controllo cognitivo più efficace.

Protocollo TMS

Il protocollo adottato nel caso descritto si è articolato come segue: Target: corteccia dorsolaterale prefrontale sinistra (DLPFC), localizzata manualmente sulla superficie del caschetto di posizionamento, identificata mediante metodo della distanza, basato su coordinate standard 5 cm anteriori rispetto al punto motorio, al fine di garantire l'accuratezza e la riproducibilità del trattamento (Immagine 1-2)

Frequenza di stimolazione: 15 Hz (pps).

Impulsi per treno: 60.

Numero di treni per sessione: 40.

Intervallo tra treni: 15 secondi.

Durata di ciascuna sessione: circa 12 minuti e 12 secondi.

Intensità di stimolazione: 100% del Motor Threshold (MT), determinato individualmente.

Programmazione: fase intensiva con 5 sessioni a settimana per 4 settimane consecutive, seguita da una fase di mantenimento con 2 sessioni settimanali per ulteriori 3 mesi. Durante le sedute, il paziente è stato monitorato con valutazione settimanale dei parametri di craving, con esami tossicologici urinari bi-settimanali e CDT test una volta al mese, scale Hamilton all'inizio e alla fine del ciclo intensivo + MMPI-2.

Risposta Clinica e Outcome (Schema C)

Già dopo le prime due settimane di stimolazione, il paziente ha riferito una significativa riduzione del craving, con una diminuzione progressiva dei pensieri intrusivi legati all'alcol. Parallelamente, si è osservato un miglioramento dell'umore, una ripresa dell'efficienza cognitiva e una maggiore apertura nei colloqui di psicoterapia.

Al termine del Ciclo Intensivo di 20 sedute, il paziente ha presentato un'astensione completa da alcol e benzodiazepine, confermata dai controlli ematochimici (CDT test) e controlli tossicologici urinari (ETG e benzodiazepine).

Il Ciclo di mantenimento bisettimanale per 12 settimane ha consolidato il risultato, consentendo una ripresa parziale delle attività comunitarie e del percorso vocazionale, pur con un accompagnamento clinico costante.

Aspetti Istituzionali e Supporto Psicologico

Un elemento cruciale di questo percorso è stato il supporto psicoterapico individuale, orientato ad affrontare la dimensione identitaria del sacerdote.

La psicoterapia ha lavorato su:

- la rielaborazione del vissuto di fallimento spirituale,
- la gestione della vergogna e dello stigma intra-istituzionale e gestione delle ricadute,
- la ricostruzione di reti di sostegno familiare e all'interno della diocesi,
- il ripristino di una progettualità compatibile con le proprie fragilità.

Discussione

Questo caso clinico sottolinea alcuni aspetti centrali:

1. La complessità bio-psico-sociale dei disturbi da uso di sostanze richiede approcci di cura ad alta personalizzazione.
2. La TMS, pur non essendo ancora universalmente inserita nei percorsi standard per le dipendenze, rappresenta una frontiera promettente, supportata da una crescente evidenza di efficacia in casi di craving resistente.
3. L'integrazione tra neuromodulazione, psicoterapia e modulazione farmacologica mirata è cruciale per gestire la multifattorialità del disturbo.
4. Il follow-up prolungato, la supervisione psicologica e la collaborazione con gli ambienti circostanti (in questo caso specifico, istituzionali ecclesiastici) possono ridurre lo stigma e favorire la reintegrazione del soggetto in percorsi di vita coerenti.

Conclusioni

Il caso presentato conferma come, nei pazienti ad alto rischio di ricaduta, la Stimolazione Magnetica Transcranica possa svolgere un ruolo di potenziamento, promuovendo la stabilizzazione clinica e contribuendo alla prevenzione di ricadute. Sono necessari ulteriori studi controllati randomizzati per validare protocolli standardizzati di TMS nei disturbi da uso di sostanze e

per definire la durata ottimale del mantenimento, l'intensità di stimolazione più efficace e le variabili predittive di risposta. Nel frattempo, esperienze come questa dimostrano la potenzialità di strategie integra-

te, capaci di rispondere non solo al sintomo biologico, ma anche alle sfide psicologiche, sociali e spirituali dei pazienti.

A) Schema Terapeutico I ricovero

Paziente ricoverato per 7 giorni presso Reparto di Medicina delle Dipendenze (Nord Italia)

Farmaco	Dosaggio	Posologia	Note
Alcover	30 ml/die	Somministrazione frazionata	Da scalare progressivamente in 1-2 mesi
Topiramato	100 mg	2 compresse/die	Titolazione graduale, utile per craving e stabilità
Bupropione	300 mg	1 compressa/die	Azione antidepressiva e anticraving
Baclofene	25 mg	3 compresse/die	Azione anticraving su recettori GABA-B
Rivotril (Clonazepam)	2 mg	3 compresse/die	Benzodiazepina a lunga emivita; in uso dopo sospensione di EN (Delorazepam)
EN (Delorazepam)	—	Sospeso	Benzodiazepina precedentemente in uso, ora interrotta

B) Schema Terapeutico II ricovero

Secondo ricovero – Paziente trattato presso struttura residenziale per disassuefazione e stabilizzazione

Farmaco	Dosaggio	Posologia	Note
Antabuse (Disulfiram)	400 mg	1 ½ compressa/die (200 mg)	Azione deterrente sull'assunzione di alcol
Sertralina	100 mg	1 compressa/die	SSRI, per sintomatologia ansioso-depressiva
Trittico	300 mg	1 compressa/die (sera)	Trazodone a rilascio controllato, per sonno e umore
Contramid	500 mg (es. compressa tipica)	2 compresse/die, poi scalare a 1 compressa/die	Stabilizzatore, antiepilettico, utile anche per controllo dell'impulsività

C) Schema TMS

INIZIO TMS	VAS CRAVING ALCOL	VAS CRAVING BDZ	NOTE CLINICHE
	8/10	7/10	Craving elevato/ forte urgenza di consumo
META' CICLO TMS	6/10	6/10	lieve riduzione craving/ compliance buona
FINE CICLO INTENSIVO TMS	3/10	2/10	Craving molto ridotto/ miglioramento sintomi ansiosi
FINE MANTENIMENTO TMS	2/10	0-1/10	Craving minimo o assente/ tono dell'umore stabilizzato



2.4

DALLA RIELABORAZIONE DEL TRAUMA ALLA REGOLAZIONE NEUROFISIOLOGICA: EMDR E TEORIA POLIVAGALE NELLA DIPENDENZA DA COCAINA

Colajanni A.*, Ballatore A., Sferruggia S., Margiotta M., Vivona G.

ASP9 Trapani ~ Dipartimento di Salute Mentale ~ UOS Servizio per le Dipendenze Mazara del Vallo ~ Italy

L'uso di cocaina è influenzato da fattori traumatici e da alterazioni neurofisiologiche legate alla regolazione del Sistema Nervoso Autonomo. Il lavoro propone un approccio integrato che combina l'EMDR e la teoria Polivagale, con l'obiettivo di intervenire sui processi di rielaborazione del trauma e sulla disregolazione neurofisiologica.

Il diligante fenomeno della cocaina

Il trattamento della dipendenza da cocaina costituisce una delle sfide più impegnative nell'ambito della salute mentale e della psicoterapia. Secondo i criteri del DSM-5, questa dipendenza si manifesta attraverso un intenso bisogno di assumere stimolanti (craving), il desiderio o lo sforzo infruttuoso di ridurne o controllarne l'uso e, se protratta nel tempo, comporta una compromissione significativa delle funzioni psicologiche, sociali e lavorative.

La cocaina rappresenta una delle sostanze con il maggiore impatto sanitario e sociale in Italia, responsabile del 35% dei decessi droga-correlati e del 30% dei ricoveri ospedalieri. Tra gli utenti dei SerD, il 23% è in carico per cocaina come sostanza primaria e il 3,3% per crack. Le analisi delle acque reflue urbane indicano la cocaina come la seconda sostanza illegale più consumata, con circa 11 dosi al giorno ogni 1.000 abitanti. Nel 2024, la cocaina è stata la causa principale del 38% dei nuovi accessi ai servizi per le dipendenze; includendo il crack, la percentuale sale al 44%, rispetto al 31% del 2015. È la sostanza più associata al policonsumo, coinvolgendo un terzo dei pazienti trattati nei SerD, nelle strutture riabilitative e tra i detenuti tossicodipendenti.

L'impatto crescente si riflette anche nel sistema sanitario: nel 2023, i ricoveri attribuibili alla cocaina hanno rappresentato oltre il 30% delle ospedalizzazioni droga-correlate, rispetto al 16% del 2015, salendo al 38% se si considerano i ricoveri con diagnosi correlate all'uso di stupefacenti. Tra i soggetti sottoposti a

controlli stradali o coinvolti in incidenti stradali, le analisi chimiche condotte dalle tossicologie forensi hanno rilevato la presenza della cocaina nel 4,3% dei casi. Nel 2024, il 35% dei decessi accertati dalle Forze dell'Ordine è stato attribuito alla cocaina, presente nel 48% delle intossicazioni acute letali, rispetto al 24% dell'eroina. Tra gli studenti il 3,1% (circa 77mila studenti) ha assunto cocaina almeno una volta nella vita. Il consumo cresce con l'età, è più frequente nei maschi e più della metà degli studenti che hanno usato cocaina (55%) ha iniziato tra i 15 e i 17 anni, mentre il 40% si è avvicinato alla sostanza prima dei 15 anni.

Concetti generali sulla terapia EMDR

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), sviluppato da F. Shapiro (1987), è un protocollo clinico costituito da procedure strutturate, riconosciuto come trattamento d'elezione per il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), basato sulla scoperta degli effetti comportati dai movimenti oculari. Uno dei punti su cui si è concentrata l'autrice è stata l'ipotesi secondo la quale tali movimenti oculari guidati potessero stimolare lo stesso processo innescato nella fase REM del sonno.

L'EMDR fonda le sue radici nell'AIP (Adaptive Information Processing) e si basa sull'ipotesi che un evento traumatico blocchi il processo innato del cervello di elaborazione dell'informazione, congelandola, così come le emozioni e le sensazioni fisiche legate al trauma, in una forma frammentata.

Lo squilibrio portato da un trauma, secondo l'AIP, può essere risolto dalla persona tramite un sistema di auto guarigione che, se attivato, porta alla sua integrazione. Attraverso varie forme di stimolazione bilaterale alternata (come i movimenti saccadici oculari e il tapping), combinate con una riattualizzazione della memoria traumatica, l'informazione fino ad allora intrappolata riprende ad essere elaborata giungendo ad una risoluzione neurologicamente adattiva e integrata delle memorie del paziente legate all'episodio traumatico. Tale metodo permette di operare una desensibilizzazione dei ricordi traumatici e una ristrutturazione cognitiva della memoria disturbante, comprensiva di valutazioni cognitive, di emozioni e sensazioni.

Secondo la prospettiva EMDR il comportamento da uso di sostanze e i sintomi di craving vengono mantenuti da associazioni mnestiche e immagini mentali non adattive, che possono essere desensibilizzate tramite la stimolazione oculare, che agisce sia sugli aspetti psicologici che su quelli neurobiologici.

Grazie a questo approccio i pazienti sviluppano la capacità di autoregolazione, di consapevolezza della propria storia e di empatia nelle relazioni affettive. Inoltre, la rielaborazione del ricordo traumatico e della storia della dipendenza con l'EMDR riduce i fattori di rischio e diventa fattore di protezione per ulteriori eventi di vita che possono presentarsi. Sappiamo quanto, al di là degli aspetti tecnici, sia necessario un

incontro con l'altro, un'accoglienza che crei una sintonia interpersonale.

"I pazienti riescono a percepire quando non li vediamo come "altri", ma li riconosciamo come compagni di viaggio, compagni di sofferenza. Questo sentimento di riconoscimento ha un valore terapeutico, dal momento che permette ai pazienti di sentirsi parte della famiglia umana, un potente antidoto al senso di isolamento generato da molti disturbi psicologici" (Pollak e Pedulla Siegel, 2015).

Hase afferma che "è impossibile desensibilizzare ricordi annessi alla dipendenza se è ancora attivo un PTSD" in quanto il craving è alimentato dai traumi sottostanti. Si rende quindi necessario il riprocessamento della memoria di dipendenza, oltre che la desensibilizzazione dei ricordi connessi al comportamento, in modo da agire congiuntamente sia sulla riduzione del craving, sia sui canali del cervello connessi alle ragioni per cui un individuo diviene dipendente.

Lo studio di Pagani et al. (2012) comprova l'efficacia dell'EMDR nel trattamento della dipendenza e dimostra che la terapia agisce sulla regione ippocampale, sull'amigdala, sulla corteccia cingolata anteriore; induce un aumento nell'attivazione della corteccia prefrontale; aiuta il cervello a integrare elementi emotivi e cognitivi; aumenta la capacità di immagazzinare nuove informazioni. Tali regioni cerebrali, sono attive sia durante l'acquisizione del trauma, sia nella dipendenza da sostanze. Si ipotizza che un intervento verificato nel caso dei disturbi post-traumatici possa essere efficace anche nelle dipendenze, poiché coinvolge gli stessi processi.

Concetti generali sulla teoria Polivagale

La Teoria Polivagale, ideata dal neuroscienziato S. Porges, descrive la gerarchia delle risposte del Sistema Nervoso Autonomo (SNA) al fronte di situazioni percepite come pericolose.

La Teoria Polivagale aggiunge una dimensione cruciale: la regolazione emotiva attraverso la riorganizzazione del SNA; ridisegna la mappa del SNA, superando la sua tradizionale divisione in Sistema Simpatico e Parasimpatico e proponendo una nuova articolazione in Sistema ventro-vagale; Sistema simpatico; Sistema dorso-vagale.

Negli anni recenti, la Teoria Polivagale ha contribuito a costruire un solido ponte tra la ricerca e la clinica, rendendo gli esperti del settore più consapevoli nel setting della relazione mente-corpo e valorizzando le scoperte nell'ambito delle neuroscienze dello sviluppo emotivo, della psicobiologia dell'attaccamento e dei correlati biologici del trauma complesso.

Questa nuova prospettiva terapeutica permette di intervenire sia sulle memorie traumatiche che sui conflitti che ne sono derivati e che vengono riattualizzati. Rende consapevole il paziente di come gli stati di tensione o di freezing, derivanti dall'attivazione di memorie traumatiche e dalla disregolazione autonoma,

abbiano effetti di profonda insicurezza nelle rappresentazioni di sé e degli altri e intervengano nel corpo. Le emozioni negative, che non sono state elaborate e trasformate né nel sistema di attaccamento primario né nell'ambito delle relazioni interpersonali successive, mantengono il SNA in uno stato di attivazione/difesa cronico (iper/ipoarousal) con conseguenti danni psicobiologici.

La Teoria Polivagale enfatizza il ruolo del SNA nel segnalare la presenza o meno di una minaccia attraverso l'attivazione di tre stati autonomici. Lo stato ventro-vagale permette di calmarci quando ci troviamo in uno stato sicuro; al primo segnale di pericolo, il sistema mette in moto la reazione di attacco-fuga attivando lo stato simpatico, che ci consente di fronteggiare la minaccia o di fuggire qualora non sia possibile affrontarla. L'ultimo, lo stato dorso-vagale, si attiva quando non siamo in grado né di lottare né di fuggire, è qui che ci immobilizziamo per assicurarci la sopravvivenza.

Le tre parole chiave per comprendere la Teoria Polivagale sono:

- Gerarchia, perché i tre stati si attivino in modo gerarchico e prevedibile, in base al proprio funzionamento autonomico, è possibile prevedere quali eventi possono innescare reazioni simpatiche o quali segnali abbiano il potenziale di riportarci alla regolazione ventro-vagale che ci permette di 'sentirci al sicuro'.

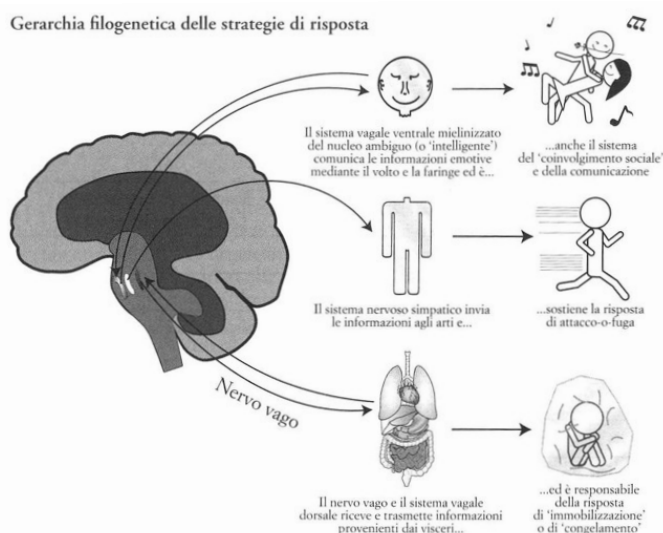
- Neurocezione, è il termine coniato da Porges (2015) per indicare la capacità del nostro SNA di individuare e comunicare la presenza di una minaccia ancora prima di essere consciamente consapevoli della sua presenza e del suo significato. La neurocezione è il sistema di percezione subconscia, costantemente attivo, di valutazione della minaccia e della sicurezza basato sulle informazioni provenienti dal SNA e sulla regolazione del cervello corticale.

- Coregolazione è il target psicobiologico della Teoria Polivagale, ovvero l'ingaggio sociale, essenziale per la sopravvivenza. Attraverso una regolazione autonoma reciproca siamo in grado di sentirci al sicuro, di creare relazioni durature e benefiche con gli altri e di vivere prevalentemente in una neurocezione di sicurezza.

Pensiamo al SNA come alle fondamenta dalle quali ha origine la nostra percezione di vita. Questa risorsa biologica (Kok et al. 2013) è la piattaforma neurale che si nasconde dietro ogni esperienza. La Teoria Polivagale fornisce ai terapeuti una cornice neurofisiologica per considerare le ragioni che stanno alla base del comportamento. Attraverso la lente polivagale, comprendiamo che le azioni vengono generate dal SNA in modo automatico e adattivo e sono al di sotto dei livelli di consapevolezza conscia. Non è il cervello che compie una scelta ma sono le energie autonome che si spostano verso pattern di protezione. Il SNA non dà una valutazione di ciò che è giusto e ciò che è sbagliato, semplicemente, interviene nella gestione del rischio e nella ricerca di sicurezza ("ogni risposta è

un'azione al servizio della sopravvivenza"). Aiutare i pazienti a comprendere le intenzioni protettive delle loro risposte autonome permette di ridurre la vergogna e l'autocolpevolizzazione. I segnali di sofferenza presenti in un paziente possono essere riscontrati nella storia delle sue risposte autonome.

Fig. 1 *Gerarchia filogenetica delle strategie di risposta*



Integrazione tra Teoria Polivagale e terapia EMDR

L'integrazione tra la Teoria Polivagale e la Terapia EMDR offre un approccio sinergico alla cura dei traumi, poiché la Teoria Polivagale fornisce un quadro neuroscientifico per comprendere come il trauma influenzi il Sistema Nervoso Autonomo e come l'EMDR possa facilitare la rielaborazione del trauma ripristinando il Sistema in uno stato di sicurezza. Questo approccio, spesso chiamato PoliVagal-EMDR (PV-EMDR), arricchisce il processo terapeutico applicando i principi polivagali a ogni fase del protocollo EMDR, migliorando la preparazione del paziente e riducendo gli ostacoli nella rielaborazione.

L'approccio integrato PV-EMDR, sostiene che l'EMDR può influenzare il SNA, in particolare il nervo vago, che gioca un ruolo cruciale nella regolazione dell'arousal e della risposta allo stress. L'EMDR potrebbe aiutare a riportare il sistema in uno stato di "sicurezza", facilitando la rielaborazione dei ricordi traumatici.

Non ci sono ancora in letteratura abbastanza studi che confermino l'efficacia dell'approccio integrato; le evidenze scientifiche provengono principalmente da studi che validano le basi neuroscientifiche di entrambi gli approcci e che documentano come la Teoria Polivagale possa arricchire il modello EMDR, pur mantenendo la sua efficacia comprovata.

La storia di Vito - Caso clinico

Vito presenta un profilo clinico complesso. Dalla somministrazione del MCMI-III emerge l'abuso di droghe e alcool unito ad un pattern di personalità schizoide evi-

tante con tratti depressivi e ansiosi, ipotesi diagnostica supportata dall'osservazione clinica psicologica che delinea l'isolamento sociale e l'assenza di passioni, hobby o progettualità anche di routine quotidiana.

Intrapreso il viaggio di cura con Vito, si decide di applicare l'approccio integrato PV-EMDR all'interno di sedute di psicoterapia ad orientamento gestaltico.

Rinascere dal Silenzio

Vito ha 45 anni, ma ne sente addosso molti di più. Vive da solo in un piccolo appartamento a Mazara del Vallo, tra muri umidi e mobili ereditati. Non lavora da tempo. Le giornate scorrono lente, scandite da gesti ripetitivi: una sigaretta accesa con mani che tremano, la televisione che trasmette immagini senza emettere suoni, il frigo quasi vuoto. Da anni, il suo mondo è fatto di silenzi, fantasmi e sostanze.

È il terzogenito, nato dopo due sorelle che sembravano avere una parte già scritta nella sceneggiatura familiare. Lui no, lui è sempre stato quello "che non si sa bene cosa vuole", diceva il padre. Un uomo rigido, con una voce che sapeva solo giudicare, mai consolare. Il loro rapporto non è mai stato un dialogo: solo imposizione e punizione. Vito ha imparato presto a evitare, a non rispondere, a non sentire. Sua madre c'era, ma non bastava: troppo stanca, troppo sola anche lei, per accorgersi del figlio che si stava lentamente spegnendo dietro gli occhi bassi e il corpo rannicchiato.

A scuola era invisibile. Nessun problema di apprendimento, nessun gesto eclatante, solo una presenza sbiadita tra i banchi. E quella solitudine cucita addosso come una seconda pelle iniziò a farsi pesante verso i tredici anni. Fu in quel periodo che un gruppo di ragazzi più grandi lo invitò a fumare una canna, «Fa stare meglio», gli dissero. E in effetti, per qualche ora, fu così. Il rumore nella testa si abbassò, il mondo si allontanò quel tanto che bastava a non farlo più tremare. Poi arrivò l'alcol, la cocaina, il crack. Le dipendenze diventano un modo per stare al mondo senza esserci davvero. Per anestetizzare quel sistema nervoso sempre in allerta, sempre pronto alla fuga o al congelamento.

Non è mai stato in comunità, mai una richiesta d'aiuto, mai un ricovero. Ha imparato a cavarsela da solo, come meglio poteva, anche se il prezzo è stato altissimo. Vive senza amici, senza relazioni significative, ogni tentativo di legame lo mette in crisi, lo paralizza, non riesce a sostenere lo sguardo dell'altro senza sentirsi giudicato o inadeguato. Ha sempre avuto paura dell'altro: paura dell'opinione, dell'invasione, della delusione e per anni ha creduto che il problema fosse lui, che lui fosse "sbagliato", e così ha costruito attorno a sé un muro, alto e silenzioso, e ci si è chiuso dentro.

Vito non è cattivo, non è perso del tutto. È solo un uomo che ha smesso di credere di poter cambiare. Un uomo stanco, che ha conosciuto la solitudine fin troppo presto, e che continua a viverla come unica certezza.

Ma anche nelle storie più dure, resta sempre una pos-

sibilità, una fessura, una mano tesa. Basta che qualcuno abbia il coraggio – o la pazienza – di bussare, piano e con tenerezza, alla porta del suo silenzio.

L'inizio di qualcosa di diverso

Vito si presenta al SerD su invio della Commissione Medica Patenti a seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza e alterazione da uso di sostanze stupefacenti.

L'accesso è motivato dalla necessità di ottenere la certificazione di idoneità alla guida. Questa sua richiesta iniziale ha rappresentato l'occasione per agganciarlo. Un infermiere del servizio, durante l'accesso settimanale di routine, gli propone di parlare con una psicoterapeuta, «Non è un obbligo, ma magari ti può far bene», gli dice. Vito ci pensa per mesi e poi, un giorno in cui sente che non ce la fa più a reggere il vuoto, a respingere i pensieri che si affollano nella sua testa, accetta. La psicoterapeuta lo accoglie con tenerezza, non lo forza, ascolta il suo silenzio con religioso rispetto. Non chiede «perché ti droghi?» o «perché sei solo?». Gli chiede solo come si sente, cosa sente nel corpo. Vito comincia così un percorso lento, ma costante. In uno degli incontri settimanali, la psicoterapeuta decide di parlargli di qualcosa che lui non conosce: la Teoria Polivagale. Gli spiega che il suo sistema nervoso non è rotto ma è solo stato per troppo tempo in modalità sopravvivenza, congelamento, chiusura. Lo rassicura sul fatto che lui non è sbagliato, si è solo difeso come meglio poteva. Gli parla del nervo vago, delle reazioni di attacco-fuga, del collasso dorso-vagale. Gli dice che si può, gradualmente, tornare in uno stato di sicurezza, dove il mondo non è più solo una minaccia, ma un luogo in cui è possibile anche sentirsi accolti. Vito per la prima volta si sente visto non come un problema ma come un essere umano che ha fatto e che sta facendo del suo meglio per trovare il «suo posto» in questo mondo.

Continua a presentarsi ogni settimana alle sedute di psicoterapia concordate, mostra una motivazione fragile ma comunque presente, sostenuta da una buona relazione terapeutica. Dopo qualche mese, la psicoterapeuta decide di introdurre l'EMDR, spiegandogli che si tratta di un metodo per rielaborare traumi passati, stimolando il cervello ad elaborare i ricordi dolorosi in modo meno invasivo. Gli spiega che il trauma non è l'evento in sé, ma ciò che resta bloccato nel corpo e nella mente, come un nodo che non si scioglie mai. Durante una seduta, tornano alla mente di Vito immagini sepolte:

- Il padre che urla perché ha rotto un piatto.
- Le risate delle sorelle, da cui si è sempre sentito escluso.
- I giorni di scuola, passati nascosto dietro l'ultimo banco.
- Il primo tiro di cocaina, che sembrava liberarlo e invece lo stava incatenando.

Con la stimolazione bilaterale qualcosa cambia, quelle immagini, così forti, iniziano a perdere potere, non

spariscono ma smettono di tenerlo prigioniero. Alcuni ricordi li affronta con gli occhi pieni di lacrime e le parole che gli si bloccano in gola, altri con il modo a lui conosciuto di comunicare: il silenzio. Ma ogni volta, quando apre gli occhi alla fine della seduta, sente un po' meno peso sul petto, e sente crescere la fiducia che qualcosa può cambiare in lui, nella sua vita. Lentamente, qualcosa iniziava a incrinarsi nella corazza che si era costruito negli anni.

Da lì, il dialogo prese forma, a piccoli passi. Giorni buoni e giorni neri, ricadute ma anche intuizioni e speranze. Parlò per la prima volta della madre, fragile e distante, e del padre, assente anche quando era presente. E parlò dell'alcol, del crack, ... e di come l'abuso di queste sostanze fosse diventato l'unico modo per sperimentare la sua esistenza.

Vito ha iniziato a ridurre l'uso di sostanze. Non per eroismo, non per miracolo ma perché sta iniziando a cercare altro: pezzi di sé, emozioni confuse ma vere. Un giorno, durante una seduta, disse: «Non so se posso guarire. Ma forse posso provare a farmi meno male.» Era una frase semplice, ma è stato il primo vero atto di volontà.

Non è una trasformazione magica. La droga non sparisce in un attimo, la solitudine non si colma istantaneamente. Ma Vito comincia a sentire che può scegliere, comincia a notare i segnali del suo corpo: il cuore che accelera quando ha paura, la chiusura della gola quando prova a parlare e invece di scappare prova a restare, a respirare, a chiedere: «Possiamo fare una pausa?»

Il percorso con la psicoterapeuta continua, con alti e bassi. A volte ricade nei vecchi schemi, a volte sente di non farcela, ma ora sa che può tornare, che c'è uno spazio dove può sentirsi sicuro, dove non deve fingere, dove può essere semplicemente se stesso senza vergogna.

Vito non è «guarito» ma oggi riesce a camminare per strada senza abbassare lo sguardo. Non parla molto, ma ascolta e a volte sorride. La psicoterapeuta gli ha spiegato che la guarigione è un ricostruirsi con quello che si è diventati, con le consapevolezza acquisite durante il duro lavoro fatto insieme. Sta imparando a stare nel mondo non come spettatore ma come presenza viva anche se fragile. Ha smesso di credere che la solitudine fosse il suo destino e dentro di lui, in quel sistema nervoso che per anni ha conosciuto solo allerta o spegnimento, stanno cominciando a fare capolino altre cose: connessione, relazione, reciprocità, fiducia.

Nota clinica:

- EMDR: utilizzato per elaborare ricordi traumatici di natura relazionale (abuso emotivo, negligenza, esclusione sociale) e per ridurre i trigger legati all'uso di sostanze.
- Teoria Polivagale: introdotta per normalizzare le risposte fisiologiche di congelamento e chiusura, facilitando la regolazione autonoma. Lavoro mirato su grounding, co-regolazione terapeutica, identificazione

degli stati autonomici.

- Alleanza terapeutica: cruciale per trattare la profonda sfiducia e l'evitamento. Il focus iniziale è sulla costruzione della sicurezza relazionale.
- Obiettivi: stabilizzazione, incremento delle risorse, reintegrazione somato-emozionale, miglioramento della capacità di mentalizzazione.

Conclusioni

L'obiettivo della terapia, utilizzando l'approccio integrato, è che l'intervento psicoterapeutico possa passare attraverso la terapia del trauma e nello stesso tempo utilizzare le risorse del vago-ventrale, per reclutare i circuiti che supportano i comportamenti prosociali del Sistema di Ingaggio Sociale (Porges 2009a, 2015a). Il Sistema di Ingaggio Sociale rappresenta la nostra connessione tra faccia e cuore, creata dal collegamento del vago-ventrale (cuore) e dei muscoli striati della nostra faccia e della nostra testa, che controllano il modo in cui guardiamo, in cui ascoltiamo e in cui parliamo (Porges 2017a). Sia nel setting terapeutico che nella seduta terapeutica, è necessario creare le condizioni per la presenza di uno stato fisiologico che supporti il Sistema di Ingaggio Sociale.

La terapia deve seguire la regola delle quattro R, più una:

- Relazione terapeutica positiva
- Riconoscere lo stato autonomino
- Rispettare le risposte adattive di sopravvivenza
- Regolare o coregolare verso uno stato ventro-vagale
- Reinterpretare la storia.

Il trauma influisce sulla regolazione autonoma, innescando un pattern di sistemi di difesa cronicamente attivo. Il risultato è un disagio continuo, che altera la capacità personale di creare e sostenere relazioni nutrienti, fatto che spesso determina una mancanza di supporto sociale e di conseguenza aumenta i livelli di ansia, genera bassa autostima, sensazione di non avere il controllo e la ricerca di sollievo nella droga, nell'alcool o in altre forme di dipendenze.

Attraverso la terapia integrata, acquisiamo familiarità con i processi alla base della modulazione delle nostre esperienze quotidiane di vita e rielaboriamo il ricordo dell'evento traumatico desensibilizzandolo, e aiutiamo i pazienti a spostarsi dai pattern abituali di protezione a nuovi pattern di connessione.

L'attenzione agli eventi di ricaduta e agli attivatori, come elementi conosciuti e comprensibili all'interno della propria storia, permette di renderli espliciti, consapevoli, leggibili e quindi rimodellabili attraverso la lente polivagale.

L'esperienza fatta con Vito è stata estesa ad altri utenti del servizio che presentano i requisiti per accedere al programma psicoterapico. La speranza è di poter estendere i benefici dell'approccio integrato e raggiungere obiettivi sempre migliori, uno di questi è il manifestarsi di una buona compliance al trattamento e una forte alleanza terapeutica. Tale presupposto resta per

la nostra équipe un obiettivo primario, poiché il fine per ogni utente è non solo risolvere le problematiche legate alla dipendenza, ma anche raggiungere una propria autonomia e migliorare la qualità della vita.

In questa prospettiva diventa quindi fondamentale:

- Co-costruire con l'altro una relazione terapeutica positiva e solida;
- Conoscere la storia di vita della persona, attraverso una anamnesi dettagliata, indagare sulla famiglia d'origine, sui traumi, sulla storia di dipendenza;
- Lavorare sul rafforzamento della motivazione personale al trattamento, attraverso obiettivi terapeutici raggiungibili a breve e medio termine che tengano conto del potenziamento delle risorse personali, declinabili in progetti personalizzati e condivisi;
- Insegnare al soggetto il modo in cui funziona il proprio SNA per far fronte agli schemi rigidi e comprendere le ragioni che stanno alla base dei comportamenti disadattivi.

Tutto ciò porta alla costruzione di una dimensione soggettiva di progetto psicoterapeutico e di cura che rende l'altro protagonista attivo nel definire il suo contesto sociale e migliorare la propria qualità di vita.

2.5

ADDICTCARE-AI.IT

Barbarisi I.

Azienda Toscana Sud est SerD di Grosseto ~ Grosseto ~ Italy

Innovazione digitale per la gestione delle dipendenze patologiche

AddictCare-AI.it è una piattaforma digitale innovativa per la gestione delle dipendenze patologiche, che integra telemedicina e intelligenza artificiale.

Il sistema si avvale di una chatbot sviluppato su protocolli evidence-based, in grado di fornire supporto continuo e anonimo agli utenti, attraverso interventi di gestione del craving, psicoeducazione, mindfulness e tecniche motivazionali.

La piattaforma nasce anche per rispondere a una criticità crescente: i giovani difficilmente si rivolgono spontaneamente ai SerD, con il rischio di rimanere esclusi dai percorsi di cura tradizionali. AddictCare-AI.it si propone come strumento di informazione, primo contatto e aggancio, facilitando il linkage to care ai servizi specialistici.

Inoltre, l'app mette a disposizione esercizi quotidiani guidati per la gestione del craving e dell'impulso, con l'obiettivo di aumentare l'autoconsapevolezza e potenziare le capacità di autoregolazione.

Il modello prevede la possibilità di integrare monitoraggio clinico, reportistica personalizzata e corsi di formazione online, facilitando la collaborazione tra pazienti, terapeuti e istituzioni sanitarie.

L'obiettivo finale è ridurre lo stigma, incrementare l'accessibilità alle cure e migliorare l'aderenza terapeutica, costruendo un ponte digitale tra popolazione a rischio e servizi di trattamento.

In allegato un grafico dove si vede la popolazione dei giovani tra 15 e i 24 anni. Di questi:

- 22% → sono i giovani che usano sostanze
- 0,2% → sono i giovani che arrivano ai SerD. In altro grafico i risultati quantitativi delle app sulle dipendenze a livello internazionale:
- Sober Sidekick → -68% ricadute
- WEconnect Health → -35% giorni di uso oppiacei
- WEconnect Health → +19% permanenza in terapia.

AddictCare-AI.it



Abstract

AddictCare-AI.it è una piattaforma digitale innovativa per la gestione delle dipendenze patologiche, che integra telemedicina e intelligenza artificiale. Il sistema si avvale di un chatbot sviluppato su protocolli evidence-based, in grado di fornire supporto continuo e anonimo agli utenti, attraverso interventi di gestione del craving, psicoeducazione, mindfulness e tecniche motivazionali. La piattaforma nasce anche per rispondere a una criticità crescente: i giovani difficilmente si rivolgono spontaneamente ai SerD. AddictCare-AI.it si propone come strumento di informazione, primo contatto e aggancio, facilitando il linkage to care ai servizi specialistici. Inoltre, l'app mette a disposizione esercizi quotidiani guidati per la gestione del craving e dell'impulso, con l'obiettivo di aumentare autoconsapevolezza e capacità di autoregolazione.

Funzionalità

- Supporto 24/7, anonimo ed empatico
- Chatbot sviluppato su protocolli evidence-based
- Esercizi quotidiani per il craving
- Psicoeducazione e mindfulness
- Report clinici e monitoraggio
- Corsi online
- Linkage to care ai servizi specialistici

Obiettivi

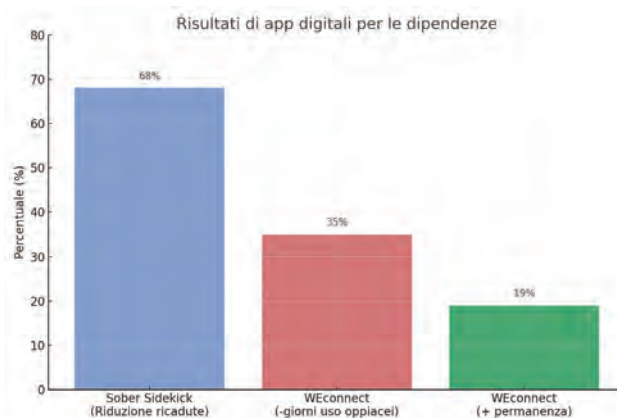
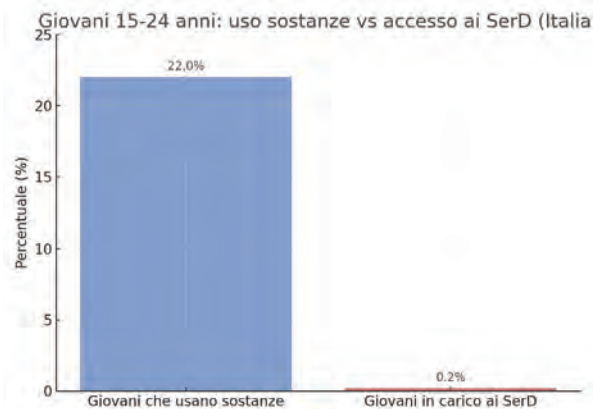
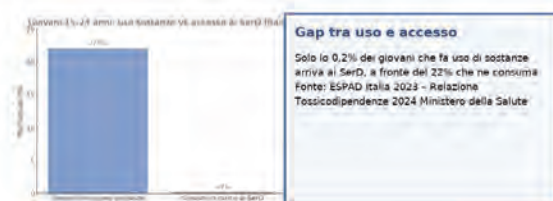
- Informare e agganciare i giovani che non si rivolgono al SerD
- Sostenere autocontrollo e consapevolezza
- Incrementare accessibilità e aderenza alle cure
- Facilitare la collaborazione tra pazienti, terapeuti e servizi

Visione

Abbattere le barriere all'accesso e integrare il digitale nei percorsi di cura con approccio etico, rigoroso e innovativo.

Conclusioni

AddictCare-AI.it è uno strumento concreto per migliorare la qualità di vita dei pazienti e offrire alle strutture un partner tecnologico affidabile per la gestione delle dipendenze.



2.6

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NEI GIOVANI CON DISTURBO DA USO DI SOSTANZE: EVIDENZE PER LA PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE

Fantuzzi C.*^[1], Zarl A.^[2], Nicola T.^[3], Zeffiro V.^[1],
Sanson G.^[4]

^[1]Università degli Studi di Roma Tor Vergata - Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione ~ Roma ~ Italy, ^[2]Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina - DAI Dipendenze e Salute Mentale - SSD Consumi e dipendenze giovanili ~ Trieste ~ Italy, ^[3]Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina ~ Trieste ~ Italy, ^[4]Università degli Studi di Trieste - Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute ~ Trieste ~ Italy

Uno studio osservazionale trasversale presso un servizio per giovani con disturbo da uso di sostanze ha identificato 19 diagnosi infermieristiche prevalenti, evidenziando il bisogno di interventi personalizzati che integrino aspetti clinici, psicosociali e di supporto familiare.

Introduzione

La crescente diffusione dei disturbi da uso di sostanze tra adolescenti e giovani adulti rappresenta una sfida sanitaria e sociale di rilevanza globale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, oltre 35 milioni di persone sono affette da tali disturbi, con una prevalenza in aumento tra i soggetti sotto i 25 anni. In questo contesto, l'assistenza infermieristica gioca un ruolo fondamentale, non solo nella somministrazione di terapie, ma anche nell'educazione sanitaria, nella riduzione del danno e nel supporto psicosociale.

Tuttavia, le attività cliniche in ambito di dipendenze giovanili sono spesso codificate esclusivamente con diagnosi psichiatriche, escludendo dati specifici infermieristici. In particolare, la diagnosi infermieristica, definita come "un giudizio clinico riguardante una risposta umana di un individuo, famiglia o comunità, rispetto a condizioni di salute/processi vitali, o una suscettibilità a tale risposta" costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere risultati di cui l'infermiere ha la responsabilità. La letteratura scientifica finora ha trascurato l'epidemiologia delle diagnosi infermieristiche in questo ambito, nonostante la complessità assistenziale (valutabile anche tramite il numero di diagnosi infermieristiche presenti in un dato momento) sia riconosciuta

come predittore indipendente di esiti clinici quali mortalità e durata della degenza in altri contesti clinici.

Contesto

Androna Giovani [Img1] Nel 2012, il Dipartimento delle Dipendenze di Trieste ha istituito il servizio Androna Giovani, dedicato ai giovani sotto i 25 anni con problematiche legate all'uso di sostanze. Il servizio si caratterizza per un accesso spontaneo, non stigmatizzante, e per un approccio multidisciplinare che coinvolge psicologi, psichiatri, educatori, terapisti occupazionali, assistenti sociali e infermieri. [Tabella 1]

Obiettivi dello Studio

Lo studio ha perseguito due obiettivi principali:

1. Identificare le diagnosi infermieristiche più prevalenti tra giovani con disturbo da uso di sostanze.
2. Analizzare le associazioni tra tali diagnosi e variabili socio-demografiche.

Metodologia

Lo studio osservazionale trasversale è stato condotto tra aprile e giugno 2024 presso Androna Giovani. Sono stati inclusi i giovani che avevano ricevuto almeno un'intervista infermieristica nel primo semestre dell'anno. Al primo contatto utile con l'équipe infermieristica nel periodo di studio, sono state raccolte variabili sociodemografiche [Tabella 2] come parte dell'accertamento di routine e sono state formulate le diagnosi infermieristiche secondo i criteri NANDA-I (2021-2023). Le analisi sono state condotte con software statistico Jamovi.

Risultati

Il campione finale ha incluso 90 partecipanti, rappresentanti la totalità degli utenti attivamente seguiti dal team infermieristico. L'età media era di 21.4 anni (± 2.9 , mediana 21 [15-25]), con una maggioranza di genere maschile alla nascita (62%).

Sono state identificate 19 diagnosi infermieristiche con prevalenza $\geq 30\%$ [Tabella 3], che sono state poi correlate alle variabili sociodemografiche raccolte.

Rischio di comportamento suicidario, la diagnosi infermieristica con maggior prevalenza, presente in 81 ragazzi su 90, è risultata più frequentemente formulata per i soggetti che ricevevano contemporaneamente assistenza da altri servizi sociali e sanitari ($p=0.003$), che non lavoravano né studiavano ($p=0.010$), con un basso livello di istruzione ($p=0.025$) o che mancavano di un supporto familiare efficace ($p=0.027$). È stata inoltre osservata una tendenza non statisticamente significativa verso un rischio suicidario più elevato nei soggetti sottoposti a terapie sostitutive ($p=0.058$) o con doppia diagnosi ($p=0.058$). Inoltre, il rischio suicidario è risultato maggiore nei soggetti con una storia di trattamento più lunga all'interno del servizio per le dipendenze ($p<0.001$).

La mancanza di supporto familiare (presente nel 33% dei ragazzi) è risultata associata, come atteso, a pressoché tutte le diagnosi infermieristiche di stampo più psicosociale: Rischio di comportamento suicidario ($p<0.001$), Prestazioni di ruolo inefficaci ($p=0.35$), Comportamento di salute rischioso ($p<0.001$), Processi familiari disfunzionali ($p<0.001$), Sindrome da disturbo dell'identità familiare ($p=0.005$), Rischio di resilienza compromessa ($p<0.001$), Rischio di relazione inefficace ($p=0.009$), Coping inefficace ($p=0.002$), Rischio di tentativo di allontanamento ($p=0.01$), Coping difensivo ($p=0.002$) e Senso di impotenza ($p=0.01$). Sono state però riscontrate anche associazioni a problematiche più cliniche, come Rischio di stipsi ($p=0.004$), Rischio di integrità cutanea compromessa ($p<0.001$), Rischio di funzionalità epatica compromessa ($p=0.004$), Rischio di infezione ($p<0.001$), Rischio di funzione cardiovascolare compromessa ($p=0.004$) e Insonnia ($p=0.047$).

La disoccupazione (rilevata nel 30% del campione) è risultata associata alle diagnosi infermieristiche di Prestazioni di ruolo inefficaci ($p=0.003$), Comportamento di salute rischioso ($p=0.02$), Rischio di funzione cardiovascolare compromessa ($p=0.02$), Rischio di integrità cutanea compromessa ($p=0.02$), Processi familiari disfunzionali ($p=0.003$), Coping difensivo ($p<0.001$) e Senso di impotenza ($p=0.01$).

L'essere in carico ai servizi sociali (27% dei partecipanti) era correlato alle diagnosi infermieristiche Sindrome da disturbo dell'identità familiare ($p=0.02$), il Rischio di resilienza compromessa ($p=0.008$), Rischio di comportamento suicidario ($p=0.008$), Sindrome post-traumatica ($p=0.03$) e Coping difensivo ($p=0.03$). Le diagnosi infermieristiche associate al vivere o aver vissuto in comunità terapeutiche (presente nel 36% del campione) erano Rischio di comportamento suicidario ($p=0.009$), Prestazioni di ruolo inefficaci ($p=0.02$), Sindrome da disturbo dell'identità familiare ($p=0.007$), Rischio di resilienza compromessa ($p=0.02$), Rischio di relazione inefficace ($p=0.03$), Insonnia ($p=0.03$), Coping inefficace ($p=0.002$), Rischio di tentativo di allontanamento ($p=0.002$), Coping difensivo ($p=0.008$) e Rischio di infezione ($p=0.04$).

Nei partecipanti con condizione socioeconomica bassa, pari al 54.4% del campione, si rilevano associazioni significative con il Rischio di comportamento suicidario ($p=0.04$), Rischio di resilienza compromessa ($p=0.04$), Coping difensivo ($p=0.02$) e Rischio di infezione ($p=0.02$). Nei partecipanti con basso livello di istruzione (77.5%) sono emerse associazioni significative con le diagnosi infermieristiche di Coping inefficace ($p=0.03$), Rischio di tentativo di allontanamento ($p=0.03$) e Coping difensivo ($p=0.04$).

Discussione

La prevalenza elevata di diagnosi legate al rischio suicidario, ai processi familiari e alle condizioni socioeco-

nomiche sottolinea l'interconnessione tra aspetti clinici e psicosociali nell'assistenza infermieristica ai giovani con disturbo da uso di sostanze. Questi dati confermano la complessità assistenziale di questa sottopopolazione e la necessità di un approccio infermieristico integrato e personalizzato, che includa anche il coinvolgimento delle comunità terapeutiche e delle reti di supporto.

I risultati sono coerenti con quanto già descritto in letteratura, dove la disoccupazione rappresenta un fattore di rischio significativo per lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi da uso di sostanze, e la bassa scolarità è associata a esiti clinici e psicosociali peggiori. La vulnerabilità economica osservata nel campione appare strettamente connessa ai determinanti sociali di salute, che influenzano non solo il benessere psicosociale ma anche la capacità dei giovani di accedere e aderire ai percorsi di cura.

L'utilizzo delle diagnosi infermieristiche ha permesso di evidenziare con chiarezza la compresenza di fragilità cliniche e psicosociali, supportando quanto già la letteratura indica circa il bisogno di interventi psicoeducativi e di sostegno sociale. Ciò conferma il valore dell'approccio olistico e infermieristico nel riconoscere precocemente vulnerabilità spesso trascurate in altri setting strettamente clinici, rafforzando l'importanza di interventi integrati e personalizzati.

Tra i limiti dello studio va segnalata l'assenza di benchmark nella letteratura, che riflette il carattere pionieristico del servizio Androna Giovani e della ricerca sulle diagnosi infermieristiche in questo setting. Inoltre, una parte degli utenti era seguita in altri servizi territoriali e non direttamente dagli infermieri, con conseguente riduzione del campione disponibile e rischio di accertamenti incompleti. Alcuni dati mancanti potrebbero avere influenzato le stime di prevalenza, mentre il campione piccolo e variabili confondenti, come la minore presenza di supporto familiare tra le partecipanti di genere femminile, suggeriscono cautela nell'interpretazione dei risultati.

Conclusioni

Questo studio rappresenta il primo tentativo di mappare l'epidemiologia delle diagnosi infermieristiche nei giovani con disturbo da uso di sostanze. I risultati hanno implicazioni rilevanti per la formazione infermieristica, che dovrebbe includere competenze specifiche per affrontare la complessità dell'assistenza alle persone con problemi di dipendenza.

L'approccio infermieristico non si limita al trattamento, ma si orienta a favorire trasformazioni durature nella vita dei giovani, promuovendo resilienza e inclusione sociale. Investire nella formazione avanzata e nel riconoscimento del ruolo autonomo dell'infermiere può contribuire a migliorare gli esiti clinici e sociali, rafforzando una presa in carico integrata, efficace e centrata sulla persona. [Img 2]


Tabella 1 – Utenti in carico al servizio dall'apertura

Anno	Utenti attivi under 25	% annua di crescita
2013	48	/
2014	83	73%
2015	113	36%
2016	166	47%
2017	165	-1%
2018	184	12%
2019	183	-1%
2020	183	0%
2021	248	36%
2022	242	-2%
2023	267	10%
2024	264	-1%

Tabella 2 – Variabili sociodemografiche

Variabile	n (%)
Livello di istruzione*	
Basso livello di istruzione ¹	69 (77,5%)
Istruzione professionale/superiore ²	20 (22,5%)
Condizione abitativa	
Stabile	77 (85,6%)
Precaria	4 (4,4%)
Attualmente in comunità terapeutica	9 (10,0%)
Supporto familiare	
Presente	60 (66,7%)
Assente	30 (33,3%)
Relazione genitoriale	
Genitori separati	50 (56,8%)
Genitori non separati	35 (39,8%)
Condizione socioeconomica	
Reddito basso o assente	49 (54,4%)
Reddito medio o alto	41 (45,6%)
Condizione lavorativa	
Studente o occupato	41 (45,6%)
Disoccupato ³	49 (54,4%)
Fonte di invio	
Sistema giudiziario	30 (33,3%)
Accesso diretto	27 (30,0%)
Servizi sanitari	21 (23,3%)
Familiari	8 (8,9%)
Servizi sociali	4 (4,4%)
Altri servizi sanitari e sociali coinvolti	
Nessuno	18 (20,0%)
Servizi di salute mentale (adulti o minori)	34 (37,8%)
Terapia sostitutiva	25 (27,8%)
Farmaci psichiatrici prescritti	23 (25,6%)

Note:

- *n = 89 (1 dato mancante); *n = 85 (2 dati mancanti; 3 partecipanti senza famiglia)
- ¹ Istruzione primaria, secondaria inferiore o nessuna istruzione formale
- ² Qualifica professionale, diploma di scuola superiore, laurea
- ³ Disoccupato, lavoratore occasionale o inserito in programmi di collocamento

Tabella 3 - Diagnosi infermieristiche prevalenti (=30%)

Titolo diagnostico	N/90	Prevalenza
Rischio di comportamento suicidario	81	90%
Prestazioni di ruolo inefficaci	56	62%
Rischio di funzionalità epatica compromessa	56	62%
Rischio di stipsi	56	62%
Comportamento di salute rischioso	48	53%
Rischio di funzione cardiovascolare compromessa	48	53%
Rischio di integrità cutanea compromessa	48	53%
Processi familiari disfunzionali	47	52%
Sindrome da disturbo dell'identità familiare	46	51%
Rischio di resilienza compromessa	43	48%
Rischio di relazione inefficace	43	48%
Insonnia	41	46%
Coping inefficace	41	46%
Rischio di tentativo di allontanamento	37	41%
Sindrome post-traumatica	36	40%
Coping difensivo	32	36%
Rischio di infezione	32	36%
Resilienza compromessa	29	32%
Senso di impotenza	27	30%

2.7

L'IMPALCATURA GENITORIALE NEI BAMBINI CON DISTURBI DELLO SPETTRO FETO-ALCOLICO: LA GOVERNANCE DI UNA VASTA GAMMA DI DEFICIT

**Marcelli S.*^[1], Pelusi G.^[2], Borgognoni C.^[2], Gatti C.^[2],
Baglioni I.^[3], Liberati S.^[3], D'Angelo G.^[1]**

^[1]AST ASCOLI PICENO ~ ASCOLI PICENO ~ Italy, ^[2]AZIENDA
OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DELLE MARCHE ~ ANCONA ~
Italy, ^[3]AST MACERATA ~ MACERATA ~ Italy

I bambini affetti da disturbi derivanti dallo spettro feto-alcolico (FASD) presentano difficoltà cognitive e neurocomportamentali, dove le interazioni genitoriali, si dimostrano particolarmente utili nei bambini con disabilità dello sviluppo, promuovendo comportamenti positivi orientati agli obiettivi (Mattson et al., 2022).

Background

Analisi di settore hanno messo in risalto dati preoccupanti derivanti da tale disfunzione, dove si stima che il 10% delle gravidanze a livello globale sia esposto all'alcol, un potente teratogeno che può portare a difetti congeniti fisici e neurologici noti collettivamente come disturbi dello spettro feto-alcolico (FASD), termine generico che include le diagnosi di sindrome feto-alcolica (FAS), pFAS (sindrome feto-alcolica parziale), ARBD (difetti congeniti correlati all'alcol) e ARND (disturbo neuroevolutivo correlato all'alcol)/NDPAE (disturbo neurocomportamentale associato all'esposizione prenatale all'alcol), dove in 4 Paesi con i più alti tassi noti di esposizione prenatale (Irlanda, Bielorussia, Danimarca e Regno Unito), risulta superiore al 40% (Popova et al., 2017). Il calcolo della prevalenza, ha rilevato che la prevalenza di FASD sia pari allo 0,8% a livello globale e la più alta in Europa al 2% (Lange et al., 2017). Gli studi di accertamento attivo dei casi risultano essere alla base delle stime di prevalenza globali e nazionali e sono considerati il metodo «gold standard» per stimare la prevalenza, richiedendo lo screening di una sezione trasversale della popolazione generale di bambini (Roozen et al., 2016), strategia finalizzata a compensare i sotto investimenti nei servizi di diagnosi, trattamento e prevenzione (Scholin et al., 2021). La criticità che viene rilevata nell'analisi della letteratura esistente, conferma che gli individui vengono diagnosticati con estrema difficoltà (Morleo et al., 2011), per una serie di ragioni, tra cui la mancanza di conoscenza/formazione tra gli operatori sani-

tari/educativi (Mukherjee et al., 2015), la scarsa partecipazione dovuta alla vergogna e allo stigma (Okuliez-Kozaryn, et al., 2017) e dalla problematicità nel differenziare le caratteristiche del FASD da altri disturbi comunemente concomitanti, come il disturbo da deficit di attenzione e iperattività e dal disturbo dello spettro autistico (Chasnoff, Wells & King, 2015; Young et al., 2016). Il basso tasso di diagnosi suggerisce la necessità di un maggiore riconoscimento della situazione morbosa, finalizzato ad un maggiore supporto alle famiglie, prevenendo esiti secondari negativi, come l'esclusione scolastica, le scarse prospettive lavorative e i problemi di salute mentale (Rangmar et al., 2015; Landgren, et al., 2019).

Data la complessità della FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders), i ricercatori che da anni studiano questo fenomeno hanno orientato i loro sforzi verso un approccio interpretativo più articolato, focalizzato sul monitoraggio degli effetti dell'esposizione prenatale all'alcol. In particolare, è stata evidenziata l'importanza di valutare l'impatto della FASD come problema di sanità pubblica prevenibile, attraverso sistemi di sorveglianza strutturati basati su criteri specifici.

Tra questi, si sottolinea l'utilizzo di stime di prevalenza in un determinato periodo (piuttosto che la sola incidenza alla nascita), la sorveglianza dei bambini in età scolare (tra i 7 e i 9 anni), fase in cui possono emergere con maggiore chiarezza anomalie del sistema nervoso centrale non rilevabili alla nascita o nei primi anni di vita. Inoltre, è stata introdotta una revisione clinica esperta dei dati raccolti, applicata a casi probabili e confermati, supportata da un algoritmo computerizzato per una classificazione più accurata (O'Leary et al., 2015). I disturbi dello spettro feto-alcolico (FASD) si riferiscono a un gruppo di condizioni che si verificano nel contesto dell'esposizione in utero all'alcol caratterizzate dalla presentazione di differenze nei tratti del viso e restrizione della crescita, fino a includere la gamma di disturbi neurocomportamentali (Wozniak et al., 2019). Gli individui affetti da tale criticità clinica, presentano disabilità fisiche e cognitive che richiedono cure costose e permanenti, dove la spesa medica annua è nove volte superiore a quella per i bambini che non ne sono affetti (Amendah et al., 2011). La prevalenza di questa incerta sintomatologia segnalata a livello mondiale varia da 0,1 a 120 casi ogni 1.000 bambini a seconda della popolazione studiata (May et al., 2009). Negli Stati Uniti, la prevalenza, come riportato dai dati esposti dal Centers for Disease Control and Prevention (CDC), varia da 0,1 a 1,5 casi ogni 1.000 nati (CDC., 2002). Sono stati istituiti accordi di cooperazione quinquennali in Alaska, Arizona, Colorado, New York e Wisconsin al fine di migliorare la sorveglianza, tra neonati e bambini piccoli, una rete denominata Fetal Alcohol Syndrome Surveillance Network (FASSNet), con l'obiettivo di sviluppare la revisione delle cartelle cliniche, in collaborazione con il CDC (Hymbaugh et al., 2002). Uno

studio condotto in Canada con l'obiettivo di studiare gli esiti potenzialmente più invalidanti dell'esposizione prenatale all'alcol, nella Greater Toronto Area (GTA) in Ontario, ha utilizzato un disegno osservazionale trasversale, ha arruolato studenti delle scuole elementari, di età compresa tra 7 e 9 anni, per un totale di 2.555 partecipanti dove sono stati identificati 21 casi di sospetto FASD, con una stima di 18,1 casi per 1000, ovvero circa l'1,8%; tale indagine ha stimato un aumento considerevole rispetto ad analisi precedenti, con attestazione fino al doppio o al triplo dei casi, superando di gran lunga quella di altri difetti congeniti comuni come la sindrome di Down, la spina bifida, la trisomia 18 e il disturbo dello spettro autistico (Popova et al., 2019). Un'indagine di accertamento attivo dei casi, in 3 scuole primarie nella Greater Manchester, una contea metropolitana inglese, includendo bambini di età compresa tra 8 e 9 anni, utilizzando misure standard che includevano anamnesi, dismorfologia facciale, deficit neurologici, funzioni esecutive e difficoltà comportamentali, su 220 ragazzini, sono risultati positivi allo screening il 23% (McCarthy et al., 2021). Uno studio nazionale negli Stati Uniti condotto su popolazioni relativamente simili a quelle del Regno Unito ha rilevato una stima ponderata del 3-10% per i FASD nei bambini della scuola primaria (May et al., 2018).

Obiettivi

Indagare e comprendere come l'equità e l'inclusione nelle opportunità educative per i bambini con disabilità possa portare ad ampi margini di manovra attraverso terapie dedicate, incentrate sull'interazione genitoriale e confermare come interventi strutturati siano ampiamente riconosciuti come una strada per un intervento personalizzato (Petrenko et al. 2020), caratterizzati da specifici supporti comportamentali (Reid et al., 2017).

Materiali e metodi

Il riscontro delle evidenze scientifiche a supporto della ipotesi di studio, è stato realizzato tramite la consultazione di specifiche banche dati, come PubMed, EMBASE, Scopus, Cochrane Library, e CINAHL attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave, come: "Fetal alcohol spectrum disorders and Parental interaction style", "Fetal alcohol spectrum disorders and Parent-child sessions", Parental Interaction Style and Child Engagement and Fetal Alcohol Spectrum Disorders" e "Parental Interaction Style and Child engagement".

Risultati

Gli interventi per migliorare gli esiti nei bambini con FASD si sono concentrati su diverse aree target (Petrenko & Alto, 2017), tra cui l'attenzione (Coles et al., 2018), la memoria delle attività (Kerns et al., 2016), le funzioni esecutive (Louw et al., 2019), nonché le abilità sociali e il funzionamento socio-emotivo

(O'Connor et al., 2012). Con l'espansione delle terapie è diventato chiaro che l'educazione dei genitori è una componente essenziale per incoraggiare le capacità di autoregolazione dei bambini (Kable et al., 2016). Una forma di educazione genitoriale e la formazione comportamentale degli stessi (Morawska et al., 2019; Spruijt et al., 2020) è utile come raccomandazione di prima linea per prevenire e trattare i comportamenti dirompenti dei bambini (Menting et al., 2013). Molti programmi comportamentali enfatizzano stili di interazione genitoriale che accentuano alti livelli di calore e fermezza, che, combinati, vengono generalmente definiti come un approccio genitoriale «autorevole» (Pinquart, 2017), dove la combinazione di una risposta emotiva costante e del mantenimento di aspettative chiare per determinati comportamenti, influenza positivamente i risultati a lungo termine dei propri figli (Calders et al. 2019a). Nello specifico, è stato dimostrato che gli stili autorevoli migliorano la regolazione comportamentale e le funzioni esecutive nei neonati (Frick et al. 2018), nei bambini in età scolare (Zeytinoglu et al. 2019), negli adolescenti (Sosis-Vasic et al., 2017) e persino negli studenti universitari (Chen et al., 2020). Inoltre è stato comprovato che gli approcci genitoriali autorevoli sono associati a comportamenti positivi e funzioni esecutive in alcune popolazioni di bambini con disabilità dello sviluppo, tra cui il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (Chacko et al., 2017) e il disturbo dello spettro autistico (Parladé et al. 2020). I metodi personalizzati di intervento di "parent training" contribuiscono non solo a migliorare i risultati nei bambini, ma anche a significativi miglioramenti nel senso di efficacia genitoriale, nei comportamenti di auto-cura degli stessi e nella percezione dei bisogni personali soddisfatti rispetto agli standard di cura della comunità (Paley & O'Connor 2011). Vari autori attraverso l'utilizzo di scale di valutazione del comportamento materno, come il Maternal Behavioral Ratings Scale e della condotta infantile, Child Behavioral Rating Scale, danno la possibilità di progettare sistemi di valutazione del comportamento interattivo materno e del coinvolgimento del bambino con disturbo in termini di attenzione e iniziativa, con disabilità dello sviluppo dove la reattività genitoriale è associata a specifici miglioramenti del quadro complessivo della diade genitore-figlio (Van Keer et al., 2020). L'affetto positivo degli stili di interazione genitoriale «responsivi» può essere particolarmente utile nel contrastare la negatività delle singole espressioni socio-emotive nei bambini con FASD e nel garantire la giocosità dello stesso (Menashe-Grinberg & Atzaba-Poria, 2017; Chiarello et al. 2006). Gli stili di interazione genitoriale caratterizzati da comportamenti reattivi/orientati al bambino e da affettività/animazione positive, considerati elementi chiave "caldi" degli approcci genitoriali autorevoli, operano probabilmente in modo bidirezionale con una maggiore attenzione e iniziativa da parte del fanciullo. Di conseguenza, si prevede che un mag-

giore coinvolgimento del bambino favorisca una più elevata reattività ed emotività dei genitori orientata verso il bambino, e viceversa (Serbin et al. 2015; Zimmer-Gembeck et al. 2019). Nei bambini con sviluppo tipico è stato riscontrato che gli stili di interazione genitoriale «reattivi» influenzano la qualità e la sincronia dell'interazione diadica reciproca genitore-figlio e sono positivamente correlati con la regolazione comportamentale (Scholtes et al., 2020).

Conclusioni

Diversi studi hanno evidenziato che anche le forme più lievi dello spettro della FASD possono comportare difficoltà persistenti in molteplici aree dello sviluppo (Mattson et al., 2019). Tali difficoltà includono problematiche nelle funzioni esecutive (Kingdon et al., 2016), disregolazione comportamentale (Kable et al., 2016) e deficit nelle abilità sociali (Domeij et al., 2018). Questi ambiti di compromissione si presentano in modo complesso e variabile, anche perché molte di queste difficoltà possono non emergere in modo pienamente evidente fino all'età scolare. Di conseguenza, risulta fondamentale disporre di strumenti di valutazione e di marcatori comportamentali affidabili che facilitino il riconoscimento precoce e l'avvio tempestivo di interventi mirati (Garrison et al., 2019).

Bibliografia

- Amendah, D. D., Grosse, S. D., & Bertrand, J. (2011). Medical expenditures of children in the United States with fetal alcohol syndrome. *Neurotoxicology and Teratology*, 33(2), 322-324.
- Calders, F., Bijttebier, P., Bosmans, G., Ceulemans, E., Colpin, H., Goossens, L., Van Den Noortgate, W., Verschueren, K., & Van Leeuwen, K. (2019a). Investigating the interplay between parenting dimensions and styles, and the association with adolescent outcomes. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(3), 327-342.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Fetal alcohol syndrome—Alaska, Arizona, Colorado, and New York, 1995-1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2002 May 24;51(20):433-5.
- Chacko, A., Bedard, A. C. V., Marks, D., Gopalan, G., Feirsen, N., Uderman, J., Chimiklis, A., Heber, E., Cornwell, M., Anderson, L., Zwilling, A., & Ramon, M. (2017). Sequenced neurocognitive and behavioral parent training for the treatment of ADHD in school-age children. *Child Neuropsychology*, 24(4), 427-450.
- Chasnoff, I.J., Wells, A.M. & King, L. (2015) Misdiagnosis and missed diagnoses in foster and adopted children with prenatal alcohol exposure. *Pediatrics*, 135(2), 264-270.
- Chen, C., Chen, C., Xue, G., Dong, Q., Zhao, L., & Zhang, S. (2020). Parental warmth interacts with several genes to affect executive function components: a genome-wide environment interaction study. *BMC Genetics*, 21(1).
- Chiarello LA, Huntington A, & Bundy A. (2006). A comparison of motor behaviors, interaction, and playfulness during mother-child and father-child play with children with motor delay. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 26(1-2), 129-151.
- Coles CD, Kable JA, Taddeo E, & Strickland D. (2018). GoFAR: improving attention, behavior and adaptive functioning in children with fetal alcohol spectrum disorders: Brief report. *Developmental neurorehabilitation*, 21(5), 345-349.
- Domeij H, Fahlström G, Bertilsson G, Hultcrantz M, Munthe-Kaas H, Gordh CN, & Helgesson G. (2018). Experiences of living with fetal alcohol spectrum disorders: a systematic review and synthesis of qualitative data. *Developmental medicine and child neurology*, 60(8), 741-752.
- Frick, M. A., Forslund, T., Fransson, M., Johansson, M., Bohlin, G., & Brocki, K. C. (2017). The role of sustained attention, maternal sensitivity, and infant temperament in the development of early self-regulation. *British Journal of Psychology*, 109(2), 277-298.
- Garrison L, Morley S, Chambers CD, & Bakhireva LN (2019). Forty Years of Assessing Neurodevelopmental and Behavioral Effects of Prenatal Alcohol Exposure in Infants: What Have We Learned? *Alcoholism, clinical and experimental research*, 43(8), 1632-1642.
- Hymbaugh, K., Miller, L. A., Druschel, C. M., Podvin, D. W., Meaney, F. J., & Boyle, C. A. (2002). A multiple source methodology for the surveillance of fetal alcohol syndrome? The Fetal Alcohol Syndrome Surveillance Network (FASSNet). *Teratology*, 66(S1), S41-S49.
- Landgren, V., Svensson, L., Gyllencreutz, E., Aring, E., Grönlund, M.A. & Landgren, M. (2019) Fetal alcohol spectrum disorders from childhood to adulthood: a Swedish population-based naturalistic cohort study of adoptees from Eastern Europe. *British Medical Journal Open*, 9(10), e032407.
- Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L. & Popova, S. (2017) Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171, 948-956.
- Louw JG, Olivier L, Skeen S, van Heerden A, & Tomlinson M. (2019). Evaluation of a Custom-Developed Computer Game to Improve Executive Functioning in 4- to 6-Year-Old Children Exposed to Alcohol in Utero: Protocol for a Feasibility Randomized Controlled Trial. *JMIR research protocols*, 8(10), e14489.
- Kable JA, Taddeo E, Strickland D, & Coles CD (2016). Improving FASD Children's Self-Regulation: Piloting Phase 1 of the GoFAR Intervention. *Child & family behavior therapy*, 38(2), 124-141.
- Kable JA, Coles CD, Strickland D, & Taddeo E. (2012). Comparing the Effectiveness of On-Line versus In-

Person Caregiver Education and Training for Behavioral Regulation in Families of Children with FASD. *International journal of mental health and addiction*, 10(6), 791–803.

- Kerns KA, Siklos S, Baker L, & Müller U. (2016). Emotion recognition in children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Child neuropsychology: a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence*, 22(3), 255–275.

- Kingdon D, Cardoso C, & McGrath JJ (2016). Research Review: Executive function deficits in fetal alcohol spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder - a meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 57(2), 116–131.

- May, P.A., Chambers, C.D., Kalberg, W.O., Zellner, J., Feldman, H., Buckley, D. et al. (2018) Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in 4 US communities. *JAMA*, 319, 474–482.

- May, P. A., Gossage, J. P., Kalberg, W. O., Robinson, L. K., Buckley, D., Manning, M., & Hoyme, H. E. (2009). Prevalence and epidemiologic characteristics of FASD from various research methods with an emphasis on recent in-school studies. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 15(3), 176–192

- Mattson, J. T., Thorne, J. C., & Kover, S. T. (2022). Parental interaction style, child engagement, and emerging executive function in fetal alcohol spectrum disorders (FASD). *Child Neuropsychology*, 1–25.

- Mattson SN, Bernes GA, & Doyle LR (2019). Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Review of the Neurobehavioral Deficits Associated With Prenatal Alcohol Exposure. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 43(6), 1046–1062.

- McCarthy, R., Mukherjee, R. A. S., Fleming, K. M., Green, J., Clayton Smith, J., Price, A. D., Allely, C. S., & Cook, P. A. (2021). Prevalence of fetal alcohol spectrum disorder in Greater Manchester, UK: An active case ascertainment study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 45(11), 2271–2281.

- Menashe-Grinberg, A., & Atzaba-Poria, N. (2017). Mother-child and father-child play interaction: the importance of parental playfulness as a moderator of the links between parental behavior and child negativity. *Infant Mental Health Journal*, 38(6), 772–784

- Menting AT, Orobio de Castro B, & Matthys W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 33(8), 901–913.

- Morawska A, Dittman CK, & Rusby JC (2019). Promoting Self-Regulation in Young Children: The Role of Parenting Interventions. *Clinical child and family psychology review*, 22(1), 43–51.

- Morleo, M., Woolfall, K., Dedman, D., Mukherjee, R., Bellis, M.A. & Cook, P.A. (2011) Under-reporting of foetal alcohol spectrum disorders: an analysis of hospital episode statistics. *BMC Pediatrics*, 11, 14.

- Mukherjee, R., Wray, E., Curfs, L. & Hollins, S. (2015)

Knowledge and opinions of professional groups concerning FASD in the UK. *Adoption and Fostering*, 39, 212–224.

- O'Connor MJ, Laugeson EA, Mogil C, Lowe E, Welch-Torres K, Keil V, & Paley B. (2012). Translation of an evidence-based social skills intervention for children with prenatal alcohol exposure in a community mental health setting. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 36(1), 141–152.

- Okulicz-Kozaryn, K., Borkowska, M. & Brzózka, K. (2017) FASD prevalence among schoolchildren in Poland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(1), 61–70.

- O'Leary, L. A., Ortiz, L., Montgomery, A., Fox, D. J., Cuniff, C., Ruttenber, M., Breen, A., Pettygrove, S., Klumb, D., Druschel, C., Frías, J. L., Robinson, L. K., Bertrand, J., Ferrara, K., Kelly, M., Gilboa, S. M., & Meaney, F. J. (2015). Methods for surveillance of fetal alcohol syndrome: The fetal alcohol syndrome surveillance network II (FASSNetII) - Arizona, Colorado, New York, 2009 - 2014. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, 103(3), 196–202.

- Paley B, & O'Connor MJ (2011). Behavioral interventions for children and adolescents with fetal alcohol spectrum disorders. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 34(1), 64–75

- Parladé, M. V., Weinstein, A., Garcia, D., Rowley, A. M., Ginn, N. C., & Jent, J. F. (2019). Parent-Child Interaction Therapy for children with autism spectrum disorder and a matched case-control sample. *Autism*, 24(1), 160–176.

- Petrenko, C. L., Parr, J., Kautz, C., Tapparello, C., & Olson, H. C. (2020). A Mobile Health Intervention for Fetal Alcohol Spectrum Disorders (Families Moving Forward Connect): Development and Qualitative Evaluation of Design and Functionalities. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(4), Artículo e14721.

- Petrenko CL, & Alto ME (2017). Interventions in fetal alcohol spectrum disorders: An international perspective. *European journal of medical genetics*, 60(1), 79–91.

- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873–932.

- Popova, S., Lange, S., Poznyak, V., Chudley, A. E., Shield, K. D., Reynolds, J. N., Murray, M., & Rehm, J. (2019). Population-based prevalence of fetal alcohol spectrum disorder in Canada. *BMC Public Health*, 19(1).

- Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G. & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*, 5, E290–E299.

- Rangmar, J., Hjern, A., Vinnerljung, B., Strömmland, K., Aronson, M. & Fahlke, C. (2015) Psychosocial out-

comes of fetal alcohol syndrome in adulthood. *Pediatrics*, 135(1), e52–e58.

- Reid, N., Dawe, S., Harnett, P., Shelton, D., Hutton, L., & O'Callaghan, F. (2017). Feasibility study of a family-focused intervention to improve outcomes for children with FASD. *Research in Developmental Disabilities*, 67, 34–46.

- Roozen, S., Peters, G.J.Y., Kok, G., Townend, D., Nijhuis, J. & Curfs, L. (2016) Worldwide prevalence of fetal alcohol spectrum disorders: A systematic literature review including meta-analysis. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 40, 18–32.

- Schölin, L., Mukherjee, R.A.S., Aiton, N., Blackburn, C., Brown, S., Flemming, K.M. et al. (2021). Fetal alcohol spectrum disorders: an overview of current evidence and activities in the UK. *Archives of Disease in Childhood*, 106(7), 636–640.

- Serbin, L. A., Kingdon, D., Ruttle, P. L., & Stack, D. M. (2015). The impact of children's internalizing and externalizing problems on parenting: Transactional processes and reciprocal change over time. *Development and Psychopathology*, 27(4pt1), 969–986.

- Scholtes, C. M., Lyons, E. R., & Skowron, E. A. (2020). Dyadic synchrony and repair processes are related to preschool children's risk exposure and self-control. *Development and Psychopathology*, 1–13.

- Spruijt AM, Dekker MC, Ziermans TB, & Swaab H. (2020). Educating parents to improve parent-child interactions: Fostering the development of attentional control and executive functioning. *The British journal of educational psychology*, 90 Suppl 1(Suppl 1), 158–175.

- Susic-Vasic, Z., Kröner, J., Schneider, S., Vasic, N., Spitzer, M., & Streb, J. (2017). The Association between Parenting Behavior and Executive Functioning in Children and Young Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 8.

- Van keer, I., Bodner, N., Ceulemans, E., Van Leeuwen, K., & Maes, B. (2020). Parental behavior and child interactive engagement: a longitudinal study on children with a significant cognitive and motor developmental delay. *Research in Developmental Disabilities*, 103, 103672.

- Wozniak JR, Riley EP, & Charness ME (2019). Clinical presentation, diagnosis, and management of fetal alcohol spectrum disorder. *The Lancet. Neurology*, 18(8), 760–770.

- Young, S., Absoud, M., Blackburn, C., Branney, P., Colley, B., Farrag, E. et al. (2016) Guidelines for identification and treatment of individuals with attention deficit/hyperactivity disorder and associated fetal alcohol spectrum disorders based upon expert consensus. *BMC Psychiatry*, 16, 324.

- Zeytinoglu, S., Calkins, S. D., & Leerkes, E. M. (2018). Maternal emotional support but not cognitive support during problem-solving predicts increases in cognitive flexibility in early childhood. *International Journal of*

Behavioral Development, 43(1), 12–23.

- Zimmer-Gembeck MJ, Kerin JL, Webb HJ, Gardner AA, Campbell SM, Swan K, & Timmer SG (2019). Improved Perceptions of Emotion Regulation and Reflective Functioning in Parents: Two Additional Positive Outcomes of Parent-Child

2.8

EDUPLAY: IL MONDO INTERNO DI UN ADOLESCENTE PRONTO A SVELARSI

Di Marco P.*, Loda F.

Comunità Fraternità cooperativa sociale ~ Ospitaletto ~ Italy

Accedere al mondo interno di adolescenti caratterizzati da forte ritiro sociale, con tecniche terapeutiche espressive innovative, sfruttando il linguaggio digitale per unire competenze, vissuti ed emozioni con l'esperienza concreta della vita quotidiana, spesso segnata da esperienze negative e disillusioni nel contesto analogico.

Il presente contributo intende illustrare la tecnica psicoespressiva denominata EduPlay, un dispositivo metodologico che integra la psicologia digitale con la dimensione videoludica, con l'obiettivo di affrontare criticità giovanili quali la dipendenza tecnologica, il ritiro sociale e la disregolazione degli impulsi.

Il fenomeno del ritiro sociale in adolescenza è oggi ampiamente documentato e si manifesta in modalità differenti: dall'abbandono scolastico alla demotivazione esistenziale, fino all'isolamento prolungato. Acronimi come N.E.E.T. (Not in Education, Employment or Training) descrivono giovani che progressivamente si sottraggono agli spazi di socializzazione per confinarsi in una condizione di auto-esclusione. Nei casi più estremi, tale dinamica conduce al quadro clinico dell'hikikomori, caratterizzato da isolamento radicale e da un ricorso massivo alla mediazione digitale. La specificità di questa condizione risiede non soltanto nella difficoltà di generare processi di inclusione sociale significativa – ciò che può essere definito come "cattura sociale" – ma soprattutto nell'elevata complessità clinica che comporta l'accesso al mondo interno dell'adolescente. Frequentemente, infatti, il terapeuta si confronta con condotte mutaciche o indifferenti, alternanti a episodi di rabbia, acting-out e discontrollo impulsivo tali da richiedere, nei casi più gravi, l'intervento della neuropsichiatria infantile o dell'autorità giudiziaria.

In questo contesto, l'EduPlay si configura come una tecnica strutturata e protocollata che utilizza il videogioco come medium espressivo e relazionale, con la funzione di creare un ponte tra i sintomi manifesti e il vissuto emotivo dell'adolescente. Il setting terapeutico prevede obiettivi specifici: accrescere la consapevolezza corporea, ampliare il lessico affettivo e potenziare

le abilità socio-relazionali.

L'assunto teorico di riferimento affonda le proprie radici nella tradizione psicoanalitica (A. Freud, M. Klein, D.W. Winnicott), che ha posto il gioco come strumento privilegiato di simbolizzazione, e nella psicologia dello sviluppo (J. Piaget, L.S. Vygotskij), che ha riconosciuto nel gioco una funzione costitutiva dei processi cognitivi e sociali. In questa prospettiva, il videogioco rappresenta una forma contemporanea di gioco, arricchita da due ulteriori dimensioni: la profondità immersiva e la partecipazione attiva.

Nel contesto videoludico l'adolescente non solo si esprime, ma agisce: prende decisioni, esplora emozioni, elabora strategie e si sperimenta in un'esistenza virtuale che conferisce senso di competenza e agency. L'EduPlay canalizza tale esperienza attraverso un processo graduale di trasferimento: dapprima verso la consapevolezza di sé, quindi verso la relazione con il terapeuta e infine verso l'ambiente analogico, in un percorso di generalizzazione dell'apprendimento.

La riuscita dell'intervento dipende da due fattori chiave:

- La presenza di un adulto credibile, capace di utilizzare il linguaggio videoludico senza atteggiamenti stigmatizzanti, riconoscendo invece passioni e risorse creative.

- Il coinvolgimento del corpo, frequentemente escluso nella dimensione digitale, che viene riattivato mediante pratiche di grounding e di consapevolezza corporea guidate dal terapeuta.

Le basi scientifiche dell'EduPlay si collocano all'intersezione tra la teoria polivagale di S. Porges, l'Analisi Bioenergetica di A. Lowen e l'Analisi Transazionale di E. Berne. Quest'ultima, in particolare, permette di interpretare i copioni di vita che si riflettono anche nello spazio videoludico, attraverso la distribuzione di ruoli e caratteristiche ai personaggi incontrati, siano essi bot o avatar di altri giocatori.

Il protocollo operativo, messo a punto da un'équipe di psicologi, prevede l'utilizzo di scene standardizzate tratte da videogiochi commerciali, con l'obiettivo di elaborare in poche sessioni una prima mappa del mondo interno dell'adolescente, definita come copione videoludica di vita. Essa costituisce la base di lavoro per la successiva contrattualizzazione degli obiettivi terapeutici.

L'obiettivo ultimo dell'EduPlay è la trasferibilità delle competenze, ossia la capacità di generalizzare le abilità acquisite in ambiente digitale e applicarle al contesto analogico, al fine di promuovere benessere psicologico, integrazione relazionale e reinserimento sociale.

2.9

IL "SALTO NEL BUIO" DELLA DIPENDENZA: L'ARTETERAPIA PER CORREGGERE IL SILENZIO INTERIORE

Marcelli S.^[2], **Pelusi G.**^[1], **Borgognoni C.**^[1], **Gatti C.**^[1],
Baglioni I.^[3], **Liberati S.**^[3], **D'Angelo G.**^[2]

^[1]AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DELLE MARCHE ~ ANCONA ~ Italy, ^[2]AST ASCOLI PICENO ~ ASCOLI PICENO ~ Italy, ^[3]AST MACERATA ~ MACERATA ~ Italy

Il campo delle dipendenze, nella sua priorità di salvare vite umane, ha posto l'accento sulla riduzione del danno, dove le storie traumatiche e le difficoltà cognitive di questa popolazione richiedono innovazione, dove l'arteterapia velocizza l'acquisizione di informazioni chiave, capaci di catturare l'anima della fragilità¹.

Background

La criticità della dipendenza traccia perimetri delineati da omessi trattamenti, dove il 16,5% della popolazione statunitense ha fatto richiesta di presa in carico e solo il 6% ha ricevuto attenzioni assistenziali, numeri probabilmente molto più alti, dovuti a delle sottostime, causate da risorse limitate per monitorare tale fenomeno, dove i tassi di mortalità si sono storicamente quadruplicati dal 2002, con 108.000 decessi nel 2022. È stato dimostrato che l'arteterapia aumenta l'apprendimento, l'intuizione e la motivazione, potenziando i canali comunicativi. Coloro che hanno fatto uso di sostanze per anni o decenni hanno vissuto in stati alterati di coscienza che hanno influenzato il proprio senso di realtà, tempo, identità e percezione, con la possibilità comunque di comprendere la propria dissociazione post-traumatica. La creatività coinvolge la storia personale del paziente orientato al presente, con la sfida di rappresentare un sentimento o un'esperienza, attraverso il suo coinvolgimento visivo e tattile. Aiutare il paziente a elaborare il proprio trauma, che potrebbe essere stato perso nella memoria dichiarativa o verbalmente inibito a causa di alti livelli di eccitazione, può ridurne l'influenza dirompente che può estendersi dall'infanzia fino all'età adulta. Ricercatori di settore, hanno compreso che l'integrazione dell'arteterapia nelle sessioni individuali o di gruppo promuove la consapevolezza del trauma e riduce la negazione, promuove una maggiore consapevolezza degli eventi negativi e della loro influenza sull'individuo, spesso risolvendo una sintomatologia di lunga data. La creazione artistica assorbe l'attenzione della persona con

pianificazione e organizzazione esterne, mentre le associazioni con ciò che si sviluppa, promuovono l'autoriflessione dove risposte specifiche danno luogo alla ricostituzione dell'autoregolazione, della cognizione e della memoria. Soggetti che sviluppano tali situazioni di "vita", vanno incontro a sintomi che si riconducono a ricordi intrusivi e panico, che minano il senso di autocontrollo, con ridotta capacità di socializzazione e di raggiungimento degli obiettivi, con conseguenze negative per tutto l'arco della vita. L'arteterapia produce un maggiore senso di autoefficacia, migliora la ritenzione, media i ricordi traumatici e facilita la memoria implicita.

Un ostacolo importante nel trattamento della dipendenza è la riduzione del ricordo euforico delle sostanze durante i desideri di astinenza che portano alla ricaduta, dove l'arte può svolgere un ruolo nel ripristino della capacità del cervello nell'anticipare le ricompense naturali, al fine di contrastare il potere della compulsione sensoriale della droga che non risponde più efficacemente alla cognizione, dove la creazione artistica può aiutare a rilasciare neurotrasmettitori che stimolano lo striato dorsale che risponde a nuove esperienze sensoriali attivando la produzione di acetilcolina, che favorisce l'attenzione, che se mantenuto nel tempo può contribuire a decisioni favorevoli al recupero dopo il trattamento. Le evidenze scientifiche, che nel tempo si sono concentrate su questo specifico argomento critico di sanità pubblica, hanno messo in rilevanza che i trattamenti di gruppo attraverso questo approccio per la presa in carico dei soggetti affetti dal fenomeno della dipendenza, sono in grado di coinvolgere le capacità degli stessi, l'attenzione e la perspicacia, esprimendo processi interiori finalizzati a identificare e gestire i sentimenti difficili. Le arti svolgono un ruolo significativo nelle moderne scienze della salute e possono essere utilizzate per interpretare abilmente le emozioni, aiutando a comprendere meglio se stessi e gli altri. Nell'assistenza sanitaria, oltre a concentrarsi sui segni e sui sintomi di un problema di salute o di una malattia, l'obiettivo è quello di prestare attenzione al potenziale (competenze o punti di forza) e alla soddisfazione (aree, azioni e attività), che in un senso più ampio, dovrebbe includere interventi sanitari incentrati sulla persona e interventi non farmacologici che utilizzano l'arte.

Obiettivi

Contemplare, attraverso le migliori evidenze, come l'arteterapia può aiutare i soggetti con deficit da consumo di sostanze ad esprimersi più liberamente, mediante la propria narrazione di vita, capace di raccontare le proprie storie di vita e la consapevolezza di potersi esprimere senza vincoli fornendo un canale di comunicazione non verbale e sicuro, dove i sentimenti difficili da verbalizzare possono essere esplorati simbolicamente attraverso il processo creativo.

Materiali e metodi

L'indagine delle evidenze scientifiche a supporto della ipotesi di studio, è stata realizzata tramite la consultazione di specifiche banche dati, come PubMed, EMBASE, Scopus, Cochrane Library, e CINAHL attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave, come: "Art therapy and Drug addiction", "Art therapy and Substance use disorder (SUD)", "Art therapy and the Recovery Process", "Art therapy and Literature Review", "Art therapy and drug addiction and appropriate care" e "Alternative medical (CAM) and Substance use disorder (SUD)".

Risultati

Approfondimenti delle migliori ricerche razionali sull'argomento in oggetto, hanno sviluppato nel tempo la convinzione che la contestualizzazione dell'arteterapia nelle dipendenze, come approccio alternativo ai comuni trattamenti farmacologici, confermi azioni la cui vivacità promuove l'espressione emotiva non verbale, facilita l'elaborazione del vissuto e dei conflitti interiori, sviluppa autostima e coping, e costruisca relazioni significative con sé stessi e con gli altri. Le arti possono essere definite come musica, arti performative (teatro, danza), arti visive e arti letterarie (romanzi, poesia, altre forme di testo), valide per svolgere un ruolo integrativo nel facilitare l'apprendimento permanente, visto come la scoperta e l'acquisizione di nuove competenze e la capacità di dare significato all'esperienza, perché attraverso l'arte i pensieri passati e presenti possono essere combinati. L'impegno artistico può essere ricettivo (assistere a concerti, teatro, lettura) o attivo (fare arte), dove non è necessario essere artisti o possedere competenze specifiche, ma la cosa più importante è possedere e dar luogo ad un atteggiamento aperto alla creatività nella vita di tutti i giorni, per permettere di dare a se stessi e agli altri la possibilità di interagire ed essere toccati dall'arte e di variare il modello della vita quotidiana. L'espressione creativa è caratterizzata dalla partecipazione attiva al processo di creazione di qualcosa di nuovo: la produzione o l'esecuzione di opere d'arte o la creazione di un'idea, una prospettiva o un processo originale. Le attività creative facilitano l'espressione di sé, l'interazione sociale, la comunicazione, la stimolazione sensoriale e il sollievo emotivo in un ambiente privo di fallimenti, dove si sviluppano collegamenti attraverso i quali gli individui possono esplorare esperienze passate e presenti, rivedere la propria vita, affrontare, adattarsi ai cambiamenti legati all'età, ricevere supporto durante una crisi emotiva o ricevere assistenza in caso di una perdita fisica. Studiosi sottolineano i benefici delle attività artistiche di gruppo e il loro valore nell'aiutare le persone a riprendersi dall'abuso di sostanze, offrendo loro uno sfogo per condividere il dono dell'attività artistica e come mezzo per trasmettere la propria intuizione e il proprio supporto ad altre persone con problemi simili, come «guaritori feriti». Treder-Wolff, J, ha

esplorato gli effetti della musicoterapia, branca afferente all'arte terapia, come un processo creativo che sviluppa azioni positive all'interno dei gruppi dei pazienti ambulatoriali, aumentando non solo l'aggregazione ma anche la comunicazione e l'espressione di sé, contribuendo a promuovere l'efficacia, aiutando i partecipanti ad acquisire consapevolezza della fase di negazione del cambiamento, che è un pilastro fondamentale di qualsiasi lavoro sulla dipendenza. Una revisione della letteratura degli anni '80, ha esaminato 20 studi di arteterapia con persone che abusano di sostanze, pubblicati tra il 1953 e il 1982, mettendo in risalto che le produzioni artistiche forniscono un canale per liberare le emozioni come manifestazione di sé, oltre a consentire esperienze condivise. Altri ricercatori hanno evidenziato come le arti possano contribuire a promuovere l'espressione emotiva e l'esplorazione di queste emozioni in un ambiente sicuro e contenuto, oltre a promuovere la spiritualità, che può favorire il recupero dando agli individui un'identità e un significato diversi alla loro vita. Gli studiosi di ambito hanno identificato come le terapie artistiche per persone che abusano di sostanze si adattino in larga misura a due teorie: il modello dei 12 passi proposto dagli Alcolisti Anonimi e il modello delle fasi del cambiamento, che in pratica utilizza tecniche di colloquio motivazionale. In riferimento a ciò, studi americani sull'arteterapia dichiarano che la stessa viene utilizzata per favorire il processo di recupero in individui che abusano di sostanze seguendo la linea del modello di trattamento dei 12 passi, mentre la letteratura britannica sullo stesso argomento si adatta spesso maggiormente al modello delle fasi dell'innovazione. Una ricerca di Cox e Price ha esaminato l'utilizzo dei «disegni di incidenti» nelle sessioni di gruppo con adolescenti tossicodipendenti, dove ai partecipanti è stato chiesto di rappresentare graficamente specifici eventi traumatici derivanti dall'uso di sostanze, per collegare le proprie esperienze interiori con una visualizzazione esterna, offrendo uno sfogo alle loro emozioni e un ponte per i pensieri, sentimenti ed emozioni repressi a causa dell'abuso di sostanze, con l'obiettivo di condividere il proprio ritmo della meditazione finalizzata a sviluppare armonia. Dall'analisi della letteratura appare ormai evidente che la partecipazione ad attività artistiche di gruppo abbia effetti positivi sui percorsi di recupero delle persone che abusano di sostanze, dove vi è un supporto convergente sia da studi qualitativi che quantitativi.

Conclusioni

Le attività artistiche sembrano essere adatte a ogni contesto e possono promuovere la centralità della persona e la misurazione dei risultati, e dovrebbero essere considerate una parte essenziale dell'assistenza sanitaria, della formazione e della programmazione del management³⁹. L'arteterapia in tutte le sue sfaccettature per le persone che fanno uso di composti illeciti, come

morfina, eroina, anfetamina, allucinogeni, alcol e cannabis, nel corso degli anni ha ricevuto i propri riconoscimenti scientifici come un approccio alternativo che dà luogo a benefici, che consente di esplorare l'immaginazione, al fine di rappresentare simbolicamente i propri sentimenti ed esperienze come mezzo per acquisire una propria intuizione, oltre a ridurre il pensiero distorto attraverso la condivisione di idee, che in un certo senso aiutano il singolo a ridurre progressivamente il proprio disagio sociale e l'isolamento all'interno della propria comunità. L'arte rappresenta un elemento significativo nel settore terapeutico ed è utilizzata in diverse procedure di recupero e trattamento, dove ci si avvale di tecniche integrative per catturare l'anima, il corpo e la mente, dove la sola espressione verbale non sembra capace di avere gli effetti sperati.

Bibliografia

1. Quinn P. Art therapy's engagement of brain networks for enduring recovery from addiction. *Front Psychiatry*. 2025 Jan 6;15:1458063.
2. Mojtabai R. Estimating the prevalence of substance use disorders in the US using the benchmark multiplier method. *Original Investigation. JAMA Psychiatry*. 2022, 79:1074–80.
3. Spencer MR, Garnett MF, Miniño AM. Drug overdose deaths in the United States 2002–2022. *NCHS Data Brief, no 491*. 400 7th St. SW Washington, DC: National Center for Health Statistics (2024).
4. Freilich R, Shechtman Z. The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic adjustment of children with learning disabilities. *Arts Psychother*. 2010;37:97–105.
5. Arriaga P, Simoes MP, Marques S, Freitas R, Pinto HD, Prior MP, et al. From art to insight: The role of a creative arts therapies group workshop on college students' well-being, self-awareness, and loneliness. *Arts Psychother*. 2024;90:102188.
6. Cho JM, Lee K. Effects of motivational interviewing using a group art therapy program on negative symptoms of schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32:878–84.
7. Collie K, Backos A, Malchiodi C, Spiegel D. Art therapy for combat related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy: J Am Art Ther Assoc*. 2006;23:157–64.
8. Ricci V, Maina G, Martinotti G. Dissociation and temporality in substance abuse: A clinical phenomenological overview. *Psychopathology*. 2024;57:219–28.
9. Vance R, Wahlin K. Memory and art. In: Hass-Cohen N, Carr R, editors. *Art Therapy and Clinical Neuroscience*. London: Jessica Kingsley Publishers. 2008,159–73.
10. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield CH, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256:174–86.
11. Walker MS, Kaimal G, Koffman R, DeGraba TJ. Art therapy for PTSD and TBI: A senior active duty military service member's therapeutic journey. *Arts Psychother*. 2016;49:10–8.
12. Tolomeo S, Yu R. Brain network dysfunctions in addiction: A meta-analysis of resting-state functional connectivity. *Trans Psychiatry*. 2022;12:41.
13. Simpson TL, Goldberg SB, Loudon DK, Blakey SM, Hawn SE, Lott A, et al. Efficacy and acceptability of interventions for co-occurring PTSD and SUD: A meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2021;84:102490.
14. Kaimal G, Ayaz H, Herres J, Dieterich-Hartwell R, Makwana B, Kaiser DH, et al. Functional near-infrared spectroscopy assessment of reward perception based on visual self-expression: Coloring, doodling, and free drawing. *Arts Psychother*. 2017;55:85–92.
15. Belkofer CM, Van Hecke AV, Konopka LM. Effects of drawing on alpha activity: A quantitative EEG study with implications for art therapy. *Art Therapy: J Am Art Ther Assoc*. 2014;31:61–8.
16. Lusebrink V. Art therapy and the brain: An attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy. *J Am Art Ther Assoc*. 2004;3:125–35.
17. Balleine B, Delgado M, Hikosaka O. The role of the dorsal striatum in reward and decision-making. *J Neurosci*. (2007) 31:8161–5.
18. Carr R. Sensory process and responses. In: Hass-Cohen N, Carr R, editors. *Art Therapy and Clinical Neuroscience*. London: Jessica Kingsley Publisher. 2008, 41–61.
19. Schouten KA, de Niet GJ, Knipscheer JW, Kleber RJ, Hutschemaekers GJ. The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: A systematic review on art therapy and trauma. *Trauma violence Abuse*. 2015, 16:220–8.
20. Blomqvist L., Pitkälä K., Routasalo P. Images of loneliness: using art as an educational method in professional training. *J Cont Educ Nurs*. 2007;38(2):89–93.
21. WHO regional office for Europe Fact sheet - what is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being in the WHO European Region? 2019.
22. McManus I.C., Furnham A. Aesthetic activities and aesthetic attitudes: influences of education, background and personality on interest and involvement in the arts. *Br J Psychol*. 2006;97:555–587.
23. Noice T., Noice H., Kramer A.F. Participatory arts for older adults: a review of benefits and challenges. *Gerontol*. 2014;54(5):741–753.
24. Stephenson R.C. Promoting self-expression through art therapy. *Gener*. 2006;24–26.
25. Phillips L.J., Conn V.S. The relevance of creative expression interventions to person-centered care. *Res Gerontol Nurs*. 2009;2(3):151–152.
26. Knill P.K., Levine S.K., Levine E.G. *Jessica Kingsley Publishers; London: 2014. Principles and practice of expressive arts therapy: toward a therapeutic aesthetics*.

27. Johnson, L. Creative therapies in the treatment of addictions: The art of transforming shame. *The Arts In Psychotherapy*. 1990,17(4):299–308.
28. Treder-Wolff, J. (1990). Music therapy as a facilitator of creative process in addictions treatment. *The Arts in Psychotherapy*, 17(4), 319–324.
29. Moore R. Art therapy with substance abusers: A review of the literature. *The Arts In Psychotherapy*. 1983,10(4):251–260.
30. Holt E, Kaiser D. The First Step Series: Art therapy for early substance abuse treatment. *The Arts In Psychotherapy*. 2009,36(4):245–250.
31. Feen-Calligan, H. The Use of Art Therapy in Detoxification from Chemical Addiction. *Canadian Art Therapy Association Journal*. 2007,20(1):16–28.
32. Horay BJ. Moving Towards Gray: Art Therapy and Ambivalence in Substance Abuse Treatment, *Art Therapy*. 2006;23(1):14–22.
33. Bill, W. *Alcoholics Anonymous: The story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism*. Alcoholics Anonymous World Services, New York.1939.
34. Prochaska, JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1982,19(3):276–288.
35. DiClemente CC, Velasquez MM. Motivational interviewing and the stages of change. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2002,201–216.
36. Cox K, Price K. Breaking through: Incident drawings with adolescent substance abusers. *The Arts in Psychotherapy*. 1990,17(4):333–337.
37. Newman, T. (2017). Creating the role: how dramatherapy can assist in re/creating an identity with recovering addicts. *Dramatherapy*. 2017,38(2-3):106–123.
38. Megrnahan K, Lynskey. M. Do reduce substance misuse? A systematic review. *The Arts in Psychotherapy*. 2018,57, 50–58.
39. Vaartio-Rajalin H, Santamäki-Fischer R, Jokisalo P, Fagerström L. Art making and expressive art therapy in adult health and nursing care: A scoping review. *Int J Nurs Sci*. 2020 Sep 28,8(1):102–119.
40. Adams C, Stickley T. Group art activities and arts therapies for people using substances: A rapid review of the literature. 2019,1:47–59.
41. Hu J, Zhang J, Hu L, Yu H, Xu J. Art Therapy: A Complementary Treatment for Mental Disorders. *Frontiers in Psychology*. 2021,12.

2.10

DAL DESIDERIO ALLO SCROLLING: DESIRE THINKING, METACOGNIZIONE E DISREGOLAZIONE EMOTIVA NELL'USO DEI SOCIAL MEDIA

Trezzani S.

Psicoterapia e Scienze Cognitive ~ Genova ~ Italy

Studio esplorativo sull'uso problematico dei social media e la sua relazione con disregolazione emotiva, pensiero desiderante, metacredenze e impulsività, in un campione formato principalmente da studentesse delle superiori, tramite somministrazione di questionari.

Introduzione

Negli ultimi anni, la letteratura scientifica ha messo in luce le somiglianze tra le dipendenze comportamentali e quelle da uso di sostanze, portando supporto all'inserimento, nel DSM-5 (APA, 2013), della categoria «dipendenze e disturbi correlati», che include entrambe le forme (Potenza, 2006; Potenza et al., 2009).

Comportamenti come il gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo o l'uso problematico dei social media possono produrre gratificazione immediata e portare a una perdita di controllo analoga a quella osservata nelle dipendenze da sostanze (Holden, 2010). La caratteristica centrale è l'incapacità di resistere a impulsi dannosi per sé o per gli altri (APA, 2013), spesso preceduta da tensione e seguita da sollievo o gratificazione.

Entrambe le tipologie di dipendenza tendono a emergere in adolescenza o prima età adulta (Chambers & Potenza, 2003), e mostrano fenomeni simili: craving, tolleranza, uso per regolare l'umore e sintomi da astinenza soggettiva (Blanco et al., 2001; Grant & Potenza, 2008; Grant et al., 2006). Tuttavia, nelle dipendenze comportamentali non sono presenti segni di astinenza fisica clinicamente gravi.

L'unica dipendenza comportamentale riconosciuta dal DSM-5 è il disturbo da gioco d'azzardo, mentre altre, come l'uso problematico dei social, restano oggetto di dibattito e ricerca (Grant & Kim, 2001). Infine, diversi studi propongono che alla base delle dipendenze vi siano fattori psicologici transdiagnostici, comuni sia alle dipendenze comportamentali che a quelle da sostanze. Tra questi, un ruolo centrale è svolto da metacognizioni disfunzionali, impulsività, disregolazione emotiva e rimuginio desiderante (De Castro et al., 2007).

1. Regolazione Emotiva e Dipendenza da Social Media

La regolazione emotiva è l'insieme dei processi che modulano emozioni in funzione degli obiettivi e del contesto (Sighinolfi et al., 2010). Una regolazione adattiva implica modulazione e non soppressione dell'emozione (Linehan, 2014), e include accettazione e consapevolezza emotiva, contrariamente a strategie evitanti disfunzionali (Hayes et al., 2013). Le difficoltà nella regolazione emotiva sono associate a vari disturbi psicologici e in particolare all'uso problematico dei social media, che può diventare una strategia disfunzionale per gestire stati emotivi (Grant & Potenza, 2008; Blanco et al., 2001).

2. Impulsività

L'impulsività è definita come la tendenza ad agire senza riflettere, spesso in risposta a emozioni intense (Dalley et al., 2011). Essa è correlata a varie forme di dipendenza, tra cui alcol e alimentazione compulsiva (Castellani & Rugle, 1995; Hartmann et al., 2010).

Secondo il modello metacognitivo (Wells & Matthews, 1994), credenze disfunzionali sulla gestione del pensiero portano a comportamenti impulsivi come strategia di coping (Lee et al., 2019), riducendo l'efficacia dell'autoregolazione.

3. Rimuginio Desiderante (Desire Thinking)

Il rimuginio desiderante è un processo cognitivo volontario che coinvolge immagini e pensieri su esperienze positive legate a un obiettivo (Caselli & Spada, 2010, 2011, 2015).

Si compone di:

- Prefigurazione immaginativa (immagini multisensoriali)
- Perseverazione verbale (auto-justificazioni e dialoghi interni).

È fortemente associato al craving (Green et al., 2000; Bywaters et al., 2004) e contribuisce al mantenimento delle dipendenze comportamentali, incluso l'uso problematico dei social media (Spada et al., 2014).

4. Metacognizioni e Metacredenze

La metacognizione, secondo Flavell (1979) e Wells & Matthews (1994), è il sistema di credenze che regola il pensiero. Le metacredenze disfunzionali (positive e negative) sono coinvolte in vari comportamenti di dipendenza (Spada & Wells, 2006, 2008):

- Positive: credere che la dipendenza aiuti a gestire pensieri/emozioni.
- Negative: credenze sull'incontrollabilità del pensiero e del comportamento (Clark et al., 2012; Spada & Wells, 2009, 2010).

Dipendenza da Social Media: un Modello Integrato

La dipendenza dai social è una forma disadattiva di regolazione emotiva, paragonabile ad altre dipendenze comportamentali (Andreassen et al., 2016). Il modello

di Griffiths (2005) individua sei componenti della dipendenza, tra cui:

- Uso dei social per regolare l'umore
- Conflitto interpersonale/intrapsichico
- Rinforzo ciclico del comportamento.

Studi recenti confermano che la disregolazione emotiva e il desire thinking sono predittori significativi dell'uso problematico di Facebook (Marino et al., 2019).

Fattori Transdiagnostici nell'Uso Problematico dei Social Media

Diversi costrutti psicologici sono stati identificati come fattori transdiagnostici, ovvero comuni a più forme di dipendenza:

- a. **Metacognizioni** Le credenze disfunzionali su pensieri ed emozioni negative attivano l'uso dei social come coping, creando un ciclo rinforzante (Brandtner et al., 2021).
- b. **Impulsività e Rimuginio Desiderante** Interagiscono amplificando craving e perdita di controllo. L'impulsività riduce la capacità di inibire l'azione, mentre il desire thinking la giustifica cognitivamente (Casale et al., 2021, 2022; Caselli & Spada, 2015).
- c. **Disregolazione Emotiva** È correlata all'incapacità di gestire emozioni negative e comportamenti impulsivi, fattori associati all'uso problematico dei social (Pettorruso et al., 2020).

Obiettivi e Ipotesi di Ricerca

La presente ricerca si propone di esplorare l'influenza congiunta di:

- Disregolazione emotiva
- Impulsività
- Desire thinking
- Metacredenze disfunzionali

...sulla gravità dell'uso problematico dei social media, ipotizzando che l'interazione di questi fattori favorisca un circolo vizioso di pensiero, impulso e comportamento.

Materiali e metodi

Un totale di 92 questionari è stato inizialmente raccolto. A inizio somministrazione ai partecipanti è stato richiesto se acconsentissero all'utilizzo e al trattamento dei dati personali in accordo con il GDPR per motivi di ricerca. Tre soggetti sono stati esclusi delle seguenti analisi non avendo acconsentito a far parte della ricerca. Quindi il campione finale comprende 89 partecipanti (età = $34,88 \pm 17,03$; scolarità = $15,54 \pm 3,36$) con 22 maschi, 66 femmine e 1 che preferisce non dichiararlo. I partecipanti sono stati reclutati tramite la condivisione via social. Le persone sono state invitate a partecipare a questo studio completando un questionario self-report di cui la compilazione durava approssimativamente 10 minuti. I dati sono stati raccolti tra dicembre 2024 e marzo 2025.

1. Misure sociodemografiche

Oltre al genere, all'età e agli anni di scolarizzazione, lo studio include domande inerenti al motivo di uso dei social, al tempo di utilizzo dei social, al se si sente la necessità di diminuire il tempo dedicato ai social e se qualche persona ha mai chiesto al soggetto di limitarsi nell'uso dei social (vedi tabella 1).

2. Uso dei social

La traduzione italiana del Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS; Andreassen et al., 2016; Monacis et al., 2017) è stata utilizzata per definire l'esperienza nell'uso dei social media nell'ultimo anno. Il BSMAS contiene 6 items riguardanti quelli che vengono considerati gli elementi chiave della dipendenza, ovvero (I) salienza, (II) modificazioni dell'umore, (III) tolleranza, (IV) evitamento, (V) conflitto e (VI) ricaduta (Griffiths, 2005). Ogni item riguarda le esperienze in un tempo di 12 mesi e le risposte si basano su una scala Likert da 5 punti da 1 ("molto raramente") a 5 ("molto spesso"). Alcuni esempi di domande sono: "Durante l'ultimo anno con quale frequenza hai trascorso molto tempo pensando ai social media o hai programmato di usarli?" e "Durante l'ultimo anno con quale frequenza hai usato i social media per dimenticare i tuoi problemi personali?". In generale, maggiore è il punteggio ottenuto a tale questionario, maggiore è la severità della dipendenza.

3. Regolazione emotiva

La regolazione emotiva è stata valutata tramite l'utilizzo della versione italiana del questionario Difficulties in Emotion Regulation Strategies (DERS; Sighinolfi, et al., 2010) che include 36 items. Gli items sono valutati su una scala da 5 punti da 1 ("mai") a 5 ("sempre") che include sei dimensioni: consapevolezza, ovvero mancanza di consapevolezza delle proprie emozioni; chiarezza, ovvero mancanza di chiarezza riguardo la natura delle emozioni; non accettazione, ovvero la mancanza di accettazione delle proprie emozioni; strategie, ovvero la mancanza di accesso alle strategie di regolazione emotiva; obiettivi, ovvero la difficoltà nel mettere in atto comportamenti guidati da uno scopo quando si provano emozioni negative; impulso, ovvero la mancanza di abilità nel gestire i comportamenti impulsivi mentre si provano emozioni negative.

In generale a punteggi maggiori di DERS, corrisponde una maggiore difficoltà nella regolazione emotiva.

4. Impulsività

L'impulsività è stata misurata tramite la validazione italiana del Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11; Fossati et al., 2001). Il questionario self-report è formato da 30 item e include 3 aree formate da 2 sottoscale ciascuna. La prima area è l'impulsività attentiva, ovvero la mancanza di focalizzazione sul compito attuale, e comprende sia instabilità attentiva e cognitiva; la seconda è l'impulsività motoria, definita come l'azione senza inibizione di risposte impellenti, e

include sia l'impulsività motoria che la perseveranza; la terza è l'impulsività da non pianificazione definita come l'orientamento verso il presente piuttosto che verso il futuro e include l'autocontrollo e la complessità cognitiva. Ogni item è stato valutato su una scala Likert a 4 punti da 1 ("Mai/raramente") a 4 ("Quasi sempre/sempre"). Più alto è il punteggio, maggiore il livello di impulsività. Il punteggio totale è calcolato sommando i punteggi dei singoli items, mostrando una misura del livello generale di impulsività. In generale a punteggi maggiori di BIS-11, corrisponde una maggiore impulsività.

5. Pensiero desiderante

Il Pensiero desiderante è stato misurato tramite l'utilizzo del Desire Thinking Questionnaire (DTQ; Caselli & Spada, 2011) che comprende due dimensioni formate da 5 items ognuna: DT-VP (Desire Thinking – Verbal Perseveration) e DT-IP (Desire Thinking – Imaginal Prefiguration). La prima sottoscala, la perseverazione verbale, riguarda la perseverazione di pensieri verbali relativi al desiderio e all'esperienza dell'uso dei social e include items come: "Ripeto mentalmente a me stesso che ho bisogno di dedicarmi all'uso dei social". La seconda sottoscala, la prefigurazione immaginativa, riguarda la tendenza a prefigurarsi delle immagini riguardo il desiderio di usare i social come ad esempio: "Immagino me stesso mentre uso i social". Gli items sono valutati tramite una scala Likert a 4 punti da 1 ("quasi mai") a 4 ("quasi sempre"). I punteggi vanno da 4 a 20 per ogni sottoscala e più alti sono i punteggi, maggiore è il livello di pensiero desiderante. I punteggi delle due dimensioni sono mediati per ottenere un punteggio continuo per il DT-IP e il DT-VP.

6. Metacognizione nel pensiero desiderante

Le metacognizioni riguardo il pensiero desiderante sono state valutate tramite il Metacognitive Desire Thinking Questionnaire (MDTQ; Caselli & Spada, 2013). Il MDTQ è formato da 18 items con 3 sottoscale che valutano le metacognizioni riguardo il pensiero desiderante. I primi 8 items formano la prima sottoscala (range=8-12), metacognizioni positive riguardo il pensiero desiderante, che include items come: "Immaginare di poter usare i social aiuta a sentirmi meglio". Le metacredenze positive si riferiscono principalmente all'idea che rimuginare, monitorare o evitare un pensiero sia utile per risolvere un problema o star meglio (Wells, 2011). In particolare, riguarda la percezione di controllo sui pensieri ed emozioni negative: questo porta ad un'aumentata percezione di sensazioni positive e, conseguentemente, del senso di eccitamento e motivazione, del controllo esecutivo sul comportamento e del controllo nel pianificare il raggiungimento dei propri obiettivi (Caselli & Spada, 2013). I successivi 6 items formano la seconda sottoscala (range 6-24), metacognizioni negative riguardo l'incontrollabilità del pensiero desiderante, che include items come: "I pen-

sieri sui social persistono nella mia mente indipendentemente da ciò che provo a fare per eliminarli". Le metacredenze negative si riferiscono all'incontrollabilità del pensiero e dei processi di rimuginio o di ipermonitoraggio, con l'idea che essi siano pericolosi e inevitabili (Wells, 2011). In particolare, riguardano il danno ipotetico che potrebbe essere causato dall'attivazione del pensiero desiderante, e quindi: la necessità di mantenere un controllo esecutivo sul comportamento; l'incontrollabilità del pensiero desiderante; l'effetto negativo del pensiero desiderante sull'immagine di sé e sulle proprie performance cognitive (Caselli & Spada, 2013).

Gli ultimi 3 items formano la terza sottoscala (range=4-16), metacognizioni sull'importanza dei pensieri intrusivi sui social e il bisogno di controllarli, include items come: "I pensieri riguardo i social dovrebbero sempre essere evitati". In particolare, emerge una necessità di controllo dei pensieri correlati al desiderio; questa sottoscala si riferisce alle metacognizioni riguardo gli effetti negativi dell'avere pensieri correlati al desiderio sull'immagine di sé e il bisogno quindi di tenerli sotto controllo (Caselli & Spada, 2013).

La seconda e la terza sottoscala, di fatto, appartengono a due sottocategorie delle metacognizioni negative del pensiero desiderante.

Ogni item è valutato su una scala Likert a 4 punti da 1 ("Non sono d'accordo") a 4 ("Sono completamente d'accordo"). Alti punteggi indicano un più forte accordo con i pensieri metacognitivi. In generale punteggi alti al MDTQ indicano la presenza di metacognizioni che influiscono negativamente sull'uso dei social.

Risultati

Nella tabella 2 è riportata la matrice di correlazione (correlazione di Pearson). In generale, è emersa una correlazione positiva (Pearson's r), statisticamente significativa, tra i punteggi al BSMAS e i punteggi totali di tutte le scale utilizzate (DERS, BIS, DTQ e MDTQ). Quindi, abbiamo proceduto eseguendo diverse regressioni lineari. Nel dettaglio, le sono le seguenti:

1. includendo come variabile dipendente i punteggi di BSMAS e come variabili indipendenti i punteggi totali dei vari questionari, ovvero MDTQ totale, DERS, DTQ totale e BIS-totale;
2. includendo come variabile dipendente i punteggi di BSMAS e come variabili indipendenti i punteggi delle sottoscale del questionario MDTQ, ovvero MDTQ-F1, MDTQ-F2 e MDTQ-F3;
3. includendo come variabile dipendente i punteggi di BSMAS e come variabili indipendenti i punteggi delle sottoscale del questionario DTQ, ovvero DTQ-VP e DTQ-IP;
4. includendo come variabile dipendente i punteggi di BSMAS e come variabili indipendenti i punteggi delle sottoscale del questionario BIS, ovvero BIS-attentiva, BIS-motoria e BIS-non pianificazione;

5. includendo, infine, come variabile dipendente i punteggi di BSMAS e come variabili indipendenti i punteggi alle sottoscale per i quali, nelle analisi precedenti (analisi dei punti numero 2, 3 e 4), è emerso un effetto statisticamente significativo ($p < .05$), ovvero MDTQ-F2, DTQ-VP, BIS-attentiva e BIS-non pianificazione.

Ognuna di queste regressioni lineari eseguite, sono sempre stati inseriti come variabile dipendente i punteggi alla BSMAS. Nella quinta ed ultima regressione, in cui sono stati inseriti come variabili indipendenti unicamente i punteggi delle sottoscale che hanno mostrato un p-value significativo nelle precedenti regressioni lineari, è emerso un p-value statisticamente significativo tra i punteggi del BSMAS e quelli delle sottoscale del MDTQ, del DTQ e del BIS che rispettivamente misurano le metacognizioni negative riguardo l'incontrollabilità del pensiero desiderante ($p < .001$), la perseverazione verbale ($p < .05$) e l'impulsività attentiva ($p < .05$), ma non tra i punteggi del BSMAS e i punteggi della sottoscala del BIS che misura l'impulsività da non pianificazione (vedi tabella 3).

Discussione e conclusione

L'ipotesi di partenza è che l'uso di social possa essere maggiore a fronte di basse capacità di regolazione emotiva, livelli elevati di impulsività, presenza disfunzionale di pensiero desiderante e metacredenze che ne alimentano la persistenza. In linea con l'ipotesi di partenza, e con la letteratura scientifica attuale, dai risultati del presente studio è emerso che l'impulsività, il pensiero desiderante e le metacognizioni sul pensiero desiderante sono fattori cruciali associati all'uso problematico di social-network. Più nel dettaglio, i principali processi cognitivi e metacognitivi in grado di influenzare l'uso problematico di social-network sembrano essere (a) la perseverazione verbale, ovvero la perseverazione di pensieri verbali relativi al desiderio e all'esperienza dell'uso dei social, (b) le metacognizioni negative riguardo il pensiero desiderante, ovvero la presenza di metacredenze riguardo la incontrollabilità del pensiero e dei processi di rimuginio con l'idea che essi siano pericolosi e inevitabili, e (c) l'impulsività attentiva, ovvero la tendenza a non focalizzarsi sul compito attuale (sul "qui ed ora"). Questi risultati sembrano dimostrarsi in linea con la letteratura attuale. Tuttavia, dal presente studio sembra emergere che la presenza di basse capacità di regolazione emotiva non sembra essere un fattore predittivo di uso problematico di social-network, come invece suggerito da altri studi presenti in letteratura (Marino et al., 2019); di fatto, i due costrutti correlano positivamente, ma la presenza di difficoltà di regolazione emotiva non appare essere un elemento necessario e cruciale nel determinare l'uso problematico dei social-network. Pertanto, i nostri risultati suggeriscono che altri fattori possano influire maggiormente sull'uso problematico dei social, mentre la disregolazione emotiva gioca un ruolo mino-

re. Da notare, negli studi in cui la disregolazione emotiva viene fortemente associata all'uso dei social (Marino et al., 2019), questa è l'unica variabile indagata, senza tener conto di eventuali altri fattori transdiagnostici.

Il presente studio propone una delle prime esplorazioni riguardo l'uso dei social e la disregolazione emotiva, l'impulsività, il desire thinking e le metacredenze associate. Importanti potrebbero essere le implicazioni cliniche: i risultati propongono la necessità di approfondire diverse variabili all'interno dell'uso dei social e suggeriscono di focalizzare l'attenzione clinica maggiormente sulla perseverazione verbale, sull'impulsività attentiva e sulle metacredenze negative di incontrollabilità. Tali aspetti, come evidenziato anche dal modello della Metacognitive Therapy (Wells, 2011), tendono a migliorare significativamente se affrontati attraverso tecniche mirate a modificare le convinzioni metacognitive disfunzionali e a ridurre la ruminazione. Si può quindi ipotizzare che la Metacognitive Therapy rappresenti un approccio promettente per il trattamento delle persone che presentano un uso problematico dei social network.

Tuttavia, ci sono diversi limiti da considerare, tra cui:

- un campionamento poco rappresentativo della popolazione generale, avendo per la maggior parte raccolto dati su adolescenti femmine;
- un campione non clinico, senza una franca diagnosi;
- una sola somministrazione testale, mancando quindi di dati longitudinali con una buona capacità predittiva;
- la presenza di questionari autosomministrati, influenzati dal momento e dalle modalità di compilazione di ogni soggetto.

Futuri studi dovrebbero prevedere l'ampliamento del campione, così da rendere i risultati più generalizzabili sia alla popolazione generale sia a quella clinica. Sarebbe inoltre utile includere partecipanti con diagnosi conclamate secondo i criteri del DSM-5, per indagare in modo più approfondito l'effettivo impatto di queste variabili nel contesto psicopatologico.

Un'ulteriore direzione di ricerca potrebbe consistere nell'impiego di interviste semi-strutturate, che permetterebbero di approfondire qualitativamente le tematiche emerse e ridurre il rischio di errori legati all'auto-compilazione dei questionari. Inoltre, la realizzazione di studi longitudinali consentirebbe di raccogliere dati nel tempo, favorendo l'elaborazione di stime predittive più solide e clinicamente rilevanti. In conclusione, riteniamo che il presente studio possa rappresentare un primo passo esplorativo per comprendere più a fondo le dinamiche sottostanti l'uso problematico dei social network, aprendo la strada a ulteriori approfondimenti in questo ambito di ricerca ancora in fase di sviluppo.

Motivo di uso dei social													
	Svago			Lavoro			Informazione						
Numero persone	80 su 89			25 su 89			6 su 89						
Tempo di utilizzo al giorno													
	Meno di un'ora			Tra una e tre ore			Tra tre e cinque ore			Più di cinque ore			
Numero persone	23 su 89			44 su 89			13 su 89			9 su 89			
"Senti la necessità di diminuire il tempo di utilizzo dei social?"							Sì = 48 su 89			No = 40 su 89			
"Qualcuno ti ha mai chiesto di limitarti nell'uso dei social?"							Sì = 17 su 89			No = 61 su 89			

Variable	BSMAS	DERS	BIS	att	mot	np	DTQ	vp	ip	mDTQ	F1	F2	F3
BSMAS	1												
DERS	0.493***	1											
BIS	0.520***	0.583***	1										
att	0.479***	0.581***	0.852***	1									
mot	0.379***	0.509***	0.828***	0.581***	1								
np	0.483***	0.496***	0.826***	0.622***	0.491***	1							
DTQ	0.612***	0.420***	0.467***	0.301***	0.470***	0.431***	1						
vp	0.398***	0.478***	0.544***	0.299***	0.439***	0.310***	0.943***	1					
ip	0.554***	0.303***	0.364***	0.181	0.423***	0.291**	0.934***	0.762***	1				
mDTQ	0.562***	0.354***	0.322***	0.303***	0.304**	0.316*	0.616***	0.532***	0.672***	1			
F1	0.592***	0.300***	0.318**	0.223*	0.313**	0.235*	0.667***	0.383***	0.672***	0.839***	1		
F2	0.607***	0.313**	0.369***	0.300**	0.323**	0.308**	0.674***	0.415***	0.631***	0.900***	0.889***	1	
F3	0.652	0.091	0.672	0.140	0.641	-0.073	0.474	-0.074	0.672	0.913***	0.102	0.232*	1

R	R2	Adjusted R2	p
0.715	0.511	0.488	< .001

	t	p
mDTQ F2	3.785	< .001***
DTQ vp	2.192	0.031*
BIS-11 att	2.202	0.030*
BIS-11 np	0.872	0.386

Bibliografia essenziale

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 252–262.
- Blanco, C., Moreyra, P., Nunes, E. V., Sáiz-Ruiz, J., & Ibáñez, A. (2001). Pathological gambling: Addiction or compulsion? *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 6(3), 167–176.
- Casale, S., Rugai, L., & Fioravanti, G. (2021). Exploring the role of positive metacognitions in explaining the association between impulsivity and problematic social media use. *Addictive Behaviors*, 114, 106750.
- Casale, S., Musicò, A., Miceli, S., & Spada, M. M. (2022). The contribution of metacognitions to the association between maladaptive personality traits and problematic Facebook use. *Addictive Behaviors*, 126, 107199.
- Caselli, G., & Spada, M. M. (2010). Metacognitions in desire thinking: A preliminary investigation.

Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38(5), 629–637.

- Caselli, G., & Spada, M. M. (2011). The desire thinking questionnaire: Development and psychometric properties. *Addictive Behaviors*, 36(11), 1061–1067.
- Caselli, G., & Spada, M. M. (2013). The metacognitions about desire thinking questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12), 1284–1298.
- Caselli, G., & Spada, M. M. (2015). Desire thinking: What is it and what drives it? *Addictive Behaviors*, 44, 71–79.
- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E. S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS 11) in nonclinical subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 57(6), 815–828.
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT® Skills Training Manual* (2^a ed.). Guilford Press.
- Marino, C., Caselli, G., Lenzi, M., Monaci, M. G., Vieno, A., Nik evi, A. V., & Spada, M. M. (2019). Emotion regulation and desire thinking as predictors of problematic Facebook use. *Psychiatric Quarterly*, 90, 405–411.
- Monacis, L., De Palo, V., Griffiths, M. D., & Sinatra, M. (2017). Social networking addiction, attachment style, and validation of the Italian version of the Bergen Social Media Addiction Scale. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2), 178–186.
- Potenza, M. N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 101(Suppl 1), 142–151.
- Potenza, M. N., Koran, L. M., & Pallanti, S. (2009). The relationship between impulse-control disorders and obsessive-compulsive disorder: A current understanding and future research directions. *Psychiatry Research*, 170(1), 22–31.
- Sighinolfi, C., Pala, A. N., Chiri, L. R., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Difficulties in emotion regulation scale (DERS): Traduzione e adattamento italiano. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*.
- Spada, M. M. (2014). An overview of problematic Internet use. *Addictive Behaviors*, 39(1), 3–6.
- Spada, M. M., & Wells, A. (2006). Metacognitions about alcohol use in problem drinkers. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(2), 138–143.
- Spada, M. M., & Wells, A. (2008). Metacognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. *Addictive Behaviors*, 33(4), 515–527.
- Spada, M. M., & Wells, A. (2009). A metacognitive model of problem drinking. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(5), 383–393.

- Spada, M. M., & Wells, A. (2010). Metacognitions across the continuum of drinking behaviour. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 425-429.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). Self-consciousness and cognitive failures as predictors of coping in stressful episodes. *Cognition & Emotion*, 8(3), 279-295.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.

2.11

GENITORI TOSSICODIPENDENTI E FIGLI: UN PROGRAMMA DI CURA ATTRAVERSO LA RESIDENZIALITÀ E LA RIABILITAZIONE

Cupellini M.*, Baldin G.

Fondazione Caritas di Vigevano ~ Vigevano ~ Italy

Casa Miriam dal 2003 accoglie adulti con problematica di tossicodipendenza ed i loro bambini. Vogliamo approdare a qualche riflessione in merito a nuove prospettive rispetto alla doppia condizione di essere abusatori di sostanze e genitori allo stesso tempo per sondarne le cure possibili.

Essere genitori ed essere tossicodipendenti non è una condizione così rara; dati Oedt del 2010 riportano che circa un tossicodipendente su dieci che entra in terapia vive con almeno un figlio. È una condizione che merita attenzione e cure dedicate, personale formato e riflessioni professionali continue. I trattamenti residenziali specifici sono in grado di lavorare su entrambi i fronti: tossicodipendenza e genitorialità.

Casa Miriam è un servizio specialistico residenziale per coppie, soggetti con figli e nuclei familiari con problematica di tossicodipendenza sito a Vigevano (Pavia) e attivo dal 2003, può accogliere otto ospiti adulti e otto ospiti minori.

Qui di seguito presentiamo dati riferiti ai percorsi offerti in dieci anni dal 2014 al 2024, facendo alcune riflessioni sulla metodologia e sugli esiti dei trattamenti.

Dal 2014 al 2024 sono stati accolti 49 ospiti di cui 42 donne e 7 uomini (gli uomini entrati in comunità lo hanno fatto rientrando nel nucleo con le madri; mentre 35 donne hanno effettuato l'ingresso da sole).

Il Grafico n.1 evidenzia le fasce di età degli ospiti all'ingresso (la fascia maggiormente rappresentata è quella sopra i 30 anni). Il Grafico n.2 fornisce qualche dato riferito alle sostanze di abuso, che sono maggiormente rappresentate da eroina (47%) e cocaina (37%); nella stragrande maggioranza delle situazioni siamo comunque di fronte a utenti policonsumatori.

L'ingresso in comunità può avvenire anche durante la gravidanza, al fine di garantire uno spazio protetto alla madre e al nascituro. In altre situazioni l'ingresso viene organizzato subito dopo il parto e in concomitanza con le dimissioni del bambino dopo il periodo di osservazione e monitoraggio in ospedale. In altre situazioni ancora l'ingresso avviene in seguito al peggioramento delle condizioni di abuso e trascuratezza

da parte dei genitori e viene offerto per garantire alla famiglia uno spazio di recupero e riabilitazione.

Nel Grafico n. 3 si osservano i dati riferiti alle tre casistiche.

A Casa Miriam in dieci anni hanno vissuto 44 bambini, alcuni sono entrati alla nascita, altri, soprattutto i più grandi, hanno seguito i genitori e i fratellini piccoli nel percorso comunitario (vedi Grafico n. 4).

La costruzione di un percorso riabilitativo avviene su richiesta concordata con i SerD/Smi e, in presenza di un bambino, con i Servizi di Tutela Minori. Nella maggioranza delle situazioni l'ingresso è segnato e legato a un'importante cornice giudiziaria: segnalazione-decreto Tribunale dei Minori-indagini, convocazione e prescrizioni.

Alla segnalazione spesso segue l'emissione di un Decreto che, oltre a sollevare dalla patria potestà i genitori, invita questi ultimi a aderire a un percorso riabilitativo e terapeutico residenziale insieme al bambino. Nel caso di rifiuto spesso i decreti stabiliscono la separazione della coppia mamma-bimbo/a e la predisposizione di percorsi separati.

L'ingresso del genitore, quindi, spesso avviene sotto il segno di un trattamento 'forzato' pena l'allontanamento del figlio; frequentemente si tratta di donne poco "agganciate" dai servizi, se non completamente sconosciute ad essi. L'evento del parto per molte di loro rappresenta un evento in rottura rispetto allo stile di vita precedente. Se durante la gravidanza la consapevolezza dei rischi dell'abuso poteva essere in qualche modo gestita e taciuta, con la nascita di un bambino emerge in maniera deflagrante: contestualmente alla nascita emerge la problematica e la necessità di una messa in protezione del minore e dell'inizio di una cura residenziale per la madre. In brevissimo tempo il tossicodipendente deve realizzare i suoi compiti di genitorialità e la necessità di modificare al più presto le condotte di abuso.

Gli eventi che hanno condotto all'ingresso in comunità sono spesso il primo oggetto di confronto con gli ospiti; attraverso riflessioni guidate e approfondimenti l'équipe aiuta le madri e i padri a prendere contatto con la cornice giuridica in cui si sono ritrovati e a dipanare le strade che hanno portato ad essa. Non è un lavoro facile perché ci si scontra con meccanismi di difesa primitivi, minimizzazioni, negazioni, strutture familiari disfunzionali e pesanti silenzi. Il lavoro sulla cornice giuridica, intenso nei primi tempi, non viene però mai del tutto abbandonato, rappresenta il legame con la realtà e permette di superare la dicotomia bravi/cattivi ampliando la portata e la percezione delle conseguenze delle proprie azioni, soprattutto nei confronti dei propri figli.

I dati sulla tenuta in trattamento sono positivi, vedi Grafico n. 5. Il tempo medio di permanenza in struttura è 15 mesi, il che permette di approcciare e, quando possibile, approfondire in modo significativo il lavoro psico educativo e riabilitativo.

La maggior parte dei percorsi ha dato esito positivo (vedi Grafico n. 6): per esito positivo intendiamo sia il percorso completato con successo (81%) sia una differente collocazione della coppia genitoriale (19%), anche con separazione ma comunque con proseguimento di un percorso di cura. Ad esempio, si tratta di affidamento etero/intrafamiliare/casa-famiglia per il bambino e inserimento in altra comunità/proseguimento del trattamento per la madre.

Si intende per esito negativo la ricaduta nell'uso di sostanze e/o l'allontanamento per infrazione di regole e/o l'abbandono spontaneo del percorso comunitario; in ogni caso si tratta di un brusco arresto del percorso. Ricordiamo che l'interruzione non concordata del trattamento comporta anche la separazione dal bambino, la cui collocazione viene decisa dai Servizi di Tutela/Tribunale dei Minori.

Metodologia

L'équipe di Casa Miriam risulta composta da: una coordinatrice presente in struttura, quattro educatori adulti, una educatrice alla genitorialità, una psicologa psicoterapeuta, cinque OSS.

In comunità vengono offerte ai genitori attività generali di gruppo e individuali: partecipazioni a gruppi psico educativi, laboratori, colloqui settimanali con la terapeuta, colloqui con le educatrici, turni di gestione della comunità ed accudimento dei bambini. La dimensione raccolta della struttura (collocata anche all'interno della città di Vigevano) permette di vivere la comunità in senso quotidiano e familiare. L'accudimento dei figli e la riabilitazione dalle sostanze si svolgono a fianco a fianco in una sinergia anche di operatori.

Ricordiamo che gli eventi che hanno condotto all'ingresso in comunità spesso non sono vissuti come una scelta meditata e desiderata, espressa liberamente; forte la sensazione da parte degli ospiti di essere costretti al trattamento (in realtà la maggior parte dei decreti non chiude immediatamente ai contatti tra genitori e figli). Anche se l'ingresso in comunità appare inizialmente come una strategia per evitare il male peggiore, quello a cui si assiste mentre si dipana il percorso è che non necessariamente l'assenza di richiesta di aiuto indichi l'assenza di una qualunque motivazione al cambiamento.

La permanenza in comunità e i compiti di accudimento permettono ai genitori di sviluppare un tipo di attaccamento profondo nei confronti del bambino, la quotidianità e la condizione di lucidità li portano a osservare e osservarsi nella costruzione di un legame genitoriale; come in un gioco di specchi nei genitori ospiti della comunità emergono le loro immagini infantili e i loro bisogni di accudimento e sintonia nelle figure adulte. A volte questi riflessi danno la vertigine, soprattutto se aprono scenari che a lungo sono stati sepolti sotto le sostanze e le vicende di vita, ma allo stesso tempo permettono di tentare di fermare il meccanismo della ripetizione del trauma.

Accompagnati dall'équipe nel percorso psicoterapeutico e educativo gli ospiti raccolgono i loro pensieri, i vissuti e le sfumature emotive dell'essere genitori, approfondendo il legame e il senso di tutela che ha faticato ad emergere durante la gravidanza e nel loro passato. Il meccanismo giudiziario legato alla tutela del minore e gli elementi prescrittivi sono la base reale da cui partire per costruire il percorso. L'équipe opera con pazienza e accoglienza ma anche determinazione. La chiarezza e la sincerità degli obiettivi e di ciò che si andrà a valutare aiutano la costruzione di una relazione educativa che non è di sfida o fuga ma improntata a trasparenza e miglioramento.

L'affiancamento alle faccende quotidiane, ai compiti di accudimento del bambino aiutano piano piano l'ospite a sintonizzarsi con la realtà e con il figlio e a modificare i propri pattern interattivi. All'interno di questo contesto la motivazione al cambiamento cresce; quello che prima era percepito come usuale, non pericoloso, non percepito, non importante, trascurabile, ora, in presenza di un bambino, non può più esserlo; adesso è necessario per il genitore riuscire a concentrarsi sulla costruzione di un contesto fisico e relazionale di cura, attenzione, sintonia e risposta ai bisogni del proprio bambino.

I cambiamenti legati allo stile di vita precedente e ai comportamenti di abuso avvengono piano piano, le riflessioni si arricchiscono in ampiezza e profondità grazie alla relazione vissuta appieno con il figlio.

Certo il richiamo della sostanza, i non facili rapporti con la famiglia di origine, le fatiche comunitarie possono mettere in grossa crisi e riproporre meccanismi, sollevare ricordi, pattern di azione e condotte subite. È un duro impegno non lasciarsi completamente travolgere da tutto ciò; la decisione – rinnovata di giorno in giorno – di proseguire il percorso viene letta come indice di trattabilità e il percorso riesce spesso a proseguire aprendosi su motivazioni e nuovi obiettivi. La regolarità degli incontri, dei compiti quotidiani della partecipazione ai gruppi, ai colloqui contribuisce in modo sostanziale alla costruzione del percorso e dell'alleanza terapeutica, fatta di controllo, cura e terapia.

La fase ricostruttiva che caratterizza la seconda parte del percorso comunitario contiene in sé grosse spinte riparative e creative, il controllo esterno si dischiude per quello interno, si esplora il territorio (borse lavoro, corsi di specializzazione e rientri a casa), si sperimentano autonomia e nuove possibilità, il rapporto con il bambino oltre che accudente diventa creativo e permette di organizzare nuove relazioni e nuovi giochi. L'autostima e l'autonomia dei genitori cresce e permette di pianificare la conclusione del percorso e il proseguimento degli obiettivi di vita. L'équipe di Casa Miriam in costante confronto e accordo con i Servizi costruisce e modella i percorsi con i genitori nelle varie fasi.

Il lavoro offerto da casa Miriam non può che essere plastico, in grado di lavorare all'interno di un contesto

ben definito (Rete dei Servizi, Tribunale dei Minori) ma anche in condizioni di accogliere le sempre nuove sollecitazioni da parte dell'utenza che a sua volta risente dei cambiamenti culturali e sociali in una continua nuova definizione di ciò che è cura.

“Quando la nostra terapia ha portato il genitore a ricordare e rivivere l'ansia e la sofferenza della sua infanzia, i fantasmi se ne vanno e i genitori afflitti

diventano i protettori dei loro figli contro la ripetizione del loro passato conflittuale”.

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 14. 387-421.

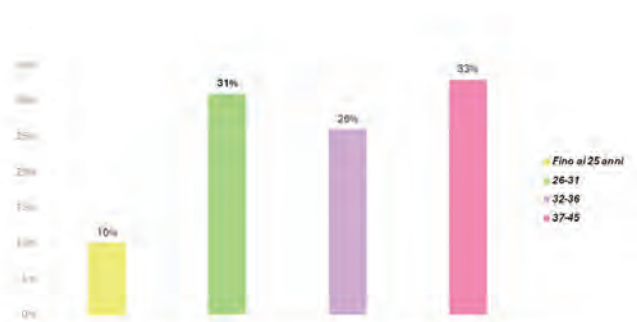


Grafico 1. Età degli utenti: 5 utenti avevano fino ai 25 anni, 15 utenti avevano tra i 26 e i 31, 13 utenti avevano tra i 32 e i 36, 16 utenti avevano tra i 37 e i 45.

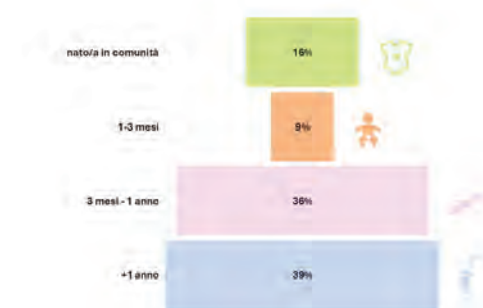


Grafico 4. Età dei figli (44): di cui 7 nati in comunità, 16 avevano tra i 1 e i 3 mesi, 4 avevano tra i 3 mesi e 1 anno, 17 avevano più di un anno.

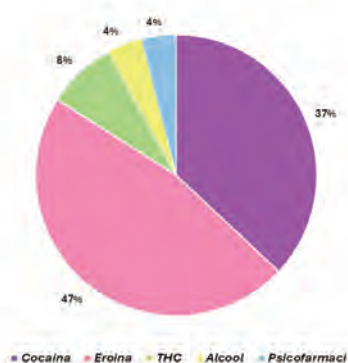


Grafico 2. Sostanze di elezione degli utenti.

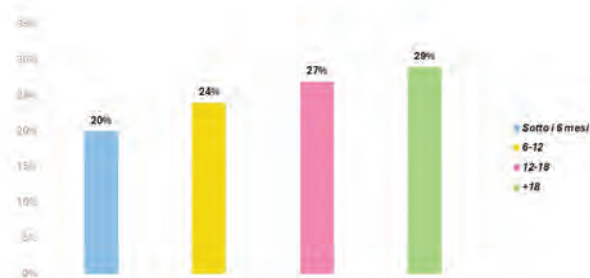


Grafico 5. Tempo di permanenza in comunità degli utenti: 10 sono rimasti in comunità meno di 6 mesi, 12 sono rimasti in comunità tra i 6 e i 12 mesi, 13 sono rimasti in comunità tra i 12 e i 18 mesi, 14 sono rimasti in comunità più di 18 mesi.

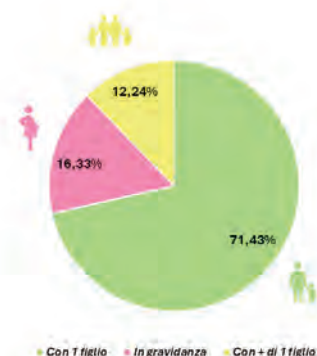


Grafico 3. 49 utenti; di cui 35 con un figlio, 8 erano in gravidanza e 6 con più di un figlio.

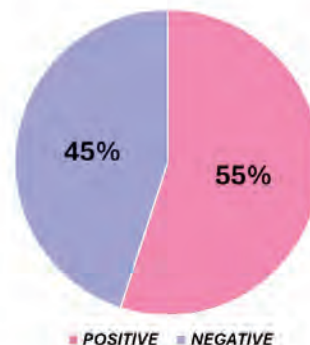


Grafico 6. Esito delle dimissioni.

2.12

IL DISTURBO DA USO DI ALCOL E IL MICROBIOTA BATTERICO INTESTINALE: VERSO UN POSSIBILE APPROCCIO INTEGRATO E PERSONALIZZATO DI PREVENZIONE E CURA. UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Capretti N.^[1], Gennari R.^[1], Ferrara A.^[1], Terracina S.^[4],
Greco G.^[2], Mastrostefano A.^[3]

^[1]Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia, Sapienza Università di Roma ~ Roma ~ Italy, ^[2]Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore Roma ~ Roma ~ Italy, ^[3]Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Ovest Milanese ~ Milano ~ Italy, ^[4]Dipartimento di Scienze Diagnostiche, A.O. Universitaria Sant'Andrea ~ Roma ~ Italy

Il Disturbo da Uso di Alcol costituisce un burden in Sanità Pubblica. I pathway neurobiologici multifattoriali includono il microbiota intestinale. Gli studi scientifici distinguono batteri "protettivi", "predisponenti" e "ambivalenti". L'analisi della biodiversità consente un approccio integrato per indirizzare stili di vita e trattamenti.

Introduzione

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA), il più diffuso tra tutti i disturbi da uso di sostanze, comporta una compromissione per l'individuo e costituisce un burden sociale ed economico per la Sanità Pubblica. Il percorso clinico-assistenziale prevede una presa in carico con valutazioni specialistiche, trattamenti farmacologici, psicoterapia e assistenza socio-sanitaria.

Considerata la complessità e la multifattorialità del DUA, è necessario comprendere i pathway neurobiologici coinvolti, inclusa l'interazione tra il sistema nervoso enterico e il sistema nervoso centrale. Condizioni di squilibrio o alterazione del microbiota intestinale contribuiscono alla neuroinfiammazione. In particolare, il microbiota e le sue possibili alterazioni influenzano l'eziopatogenesi di numerose alterazioni dello stato di salute, tra le quali il DUA.

Lo studio si propone l'obiettivo di mappare e descrivere le caratteristiche delle evidenze scientifiche presenti in letteratura sul ruolo del microbiota batterico nel DUA, evidenziando i principali aspetti dal punto di vista microbiologico.

Materiali e Metodi

La mappatura delle evidenze scientifiche è stata effettuata attraverso una ricerca degli studi della letteratura tramite una stringa di ricerca, costituita da keyword interconnesse, consultando 3 database: MEDLINE (via PubMed), CINAHL Complete (via EBSCOhost) e APA PsycInfo (via EBSCOhost). Gli studi sono stati individuati e selezionati secondo il metodo PRISMA-ScR in base alla tipologia (studi primari), alla lingua (inglese) e alla disponibilità di full text.

I criteri di eleggibilità sono stati i seguenti: popolazione umana affetta da DUA con età maggiore di 18 anni, presenza di esami di laboratorio per l'analisi del microbiota e l'associazione tra microbiota, inteso come fattore protettivo o predisponente nel DUA. Dopo la lettura dei full text, è stata completata l'inclusione degli studi. L'intero processo è stato illustrato nel diagramma di flusso (Figura 1). Successivamente sono state eseguite l'estrazione, la raccolta e la sintesi dei dati in apposite tabelle, individuando le caratteristiche degli studi, le caratteristiche della popolazione e tracciando una classificazione tassonomica relativa al microbiota batterico.

Risultati

La ricerca bibliografica ha prodotto inizialmente 585 contributi scientifici, pubblicati fino a maggio 2025. Sono stati eliminati 85 duplicati; il processo di selezione e inclusione ha condotto a 9 studi (Figura 1). Gli studi selezionati sono stati pubblicati dal 2021 al 2025.

L'attività scientifica è rilevante in Europa (Belgio, Finlandia, Francia e Irlanda) e negli USA, seguiti da Cina e Corea del Sud. La maggior parte degli studi è di tipo osservazionale e in particolare si distinguono 4 studi multicentrici. In 2 studi la popolazione osservata è di solo sesso maschile, mentre nei restanti 7 studi entrambi i sessi sono rappresentati. In quasi tutti gli studi la popolazione risulta essere anche affetta da comorbidità psichiatriche.

Una prima classificazione tassonomica dei batteri rilevati con le metodiche di analisi nei 9 studi ha condotto all'individuazione di 22 famiglie, raggruppabili in 10 classi. Analizzando gli studi è stato possibile individuare un gruppo di famiglie "protettive", che in ordine di frequenza sono: Bifidobacteriaceae, Lactobacillaceae, Rikenellaceae, Oscillospiraceae. È emerso anche un gruppo di famiglie "predisponenti" per lo sviluppo del DUA, tra le quali risultano più rappresentate: Veillonellaceae, Tannerellaceae, Yersiniaceae e Enterobacteriaceae. Tuttavia, alcune famiglie, come le Lachnospiraceae e le Clostridiaceae, includono generi sia protettivi che predisponenti.

Conclusioni

Da una prima interpretazione dei risultati emerge come differenti composizioni del microbiota intestinale siano associate diversamente al DUA. Si distinguono

batteri “protettivi”, “predisponenti” e in alcuni casi “ambivalenti”. Considerata la ridotta numerosità degli studi, è necessario considerare l’avvio di ulteriori studi clinici, più ampi e a lungo termine, per comprendere meglio le possibili correlazioni, effettuando ulteriori approfondimenti microbiologici e neuro-farmacologici.

In una logica di prevenzione e di cura, la biodiversità del microbiota può essere analizzata per facilitare un approccio integrato alla persona con DUA, indirizzando cambiamenti di stili di vita e combinando trattamenti personalizzati, al fine di favorire o ripristinare l’equilibrio del microbiota batterico.

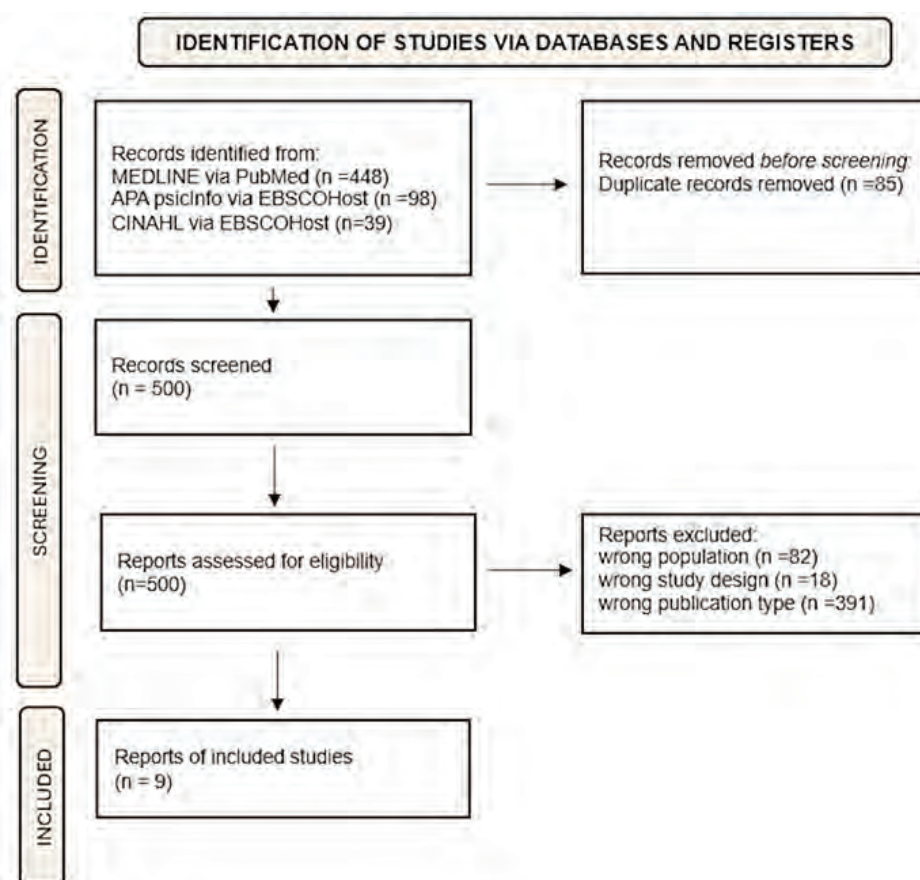


Figura 1. Flow Chart del processo di selezione degli studi.

2.13

GIOVANI E DIPENDENZE DA SOSTANZA: VULNERABILITÀ EVOLUTIVA E GRAVITÀ CLINICA

Niglio C.^[3], Gabetta F.*^[1], Gennari N.^[2], Vischia F.^[4]

^[1]Cooperativa Pier Giorgio Frassati / SSD Nuove Dipendenze, ONDA1 - Asl Città di Torino ~ TORINO ~ Italy, ^[2]Responsabile SSD Nuove Dipendenze, ONDA1 - Asl Città di Torino ~ TORINO ~ Italy, ^[3]SSD Nuove Dipendenze, ONDA1- Asl Città di Torino ~ Italy, ^[4]Direttore Dipartimento Integrato Dipendenze - Asl Città di Torino ~ TORINO ~ Italy

Analisi descrittiva e psicopatologica di un campione di soggetti under 26 in trattamento presso la S.S.D. Nuove dipendenze Onda1- Dipartimento In-tegrato Dipendenze - ASL Città di Torino

Abstract

Negli ultimi anni si è registrato un progressivo abbassamento dell'età di esordio nel consumo di sostanze psicoattive, un fattore associato a prognosi peggiori e maggiore gravità clinica. Questo studio, condotto su 111 pazienti under 26 in carico al Servizio Onda1 – SSD Nuove Dipendenze dell'ASL Città di Torino, ha analizzato pattern di consumo, gravità clinica e variabili psicopatologiche, con l'obiettivo di esplorare vulnerabilità evolutive e differenze legate al sesso in una fase critica dello sviluppo.

I dati, raccolti nel 2024 tramite cartelle cliniche, Adolescent Behavior Questionnaire (ABQ) e Seven Domains Addiction Scale (7DAS), mostrano che la cannabis è la sostanza primaria più diffusa (≈70%), ma con l'aumentare dell'età si osserva un passaggio verso Crack, Cocaina inalata e poliabuso. Quest'ultimo, quasi assente tra i 15-18enni, raggiunge il 20% tra i 23-25enni. Più della metà del campione (52,3%) presenta forme severe di Disturbo da uso di sostanze, con una gravità associata in modo significativo all'età ($p = .0068$) e alla sostanza utilizzata ($p < .001$).

Le pazienti di sesso femminile, seppur meno numerose, mostrano una compromissione clinicamente più marcata, con differenze significative in tutti i domini psicopatologici rilevati dalla 7DAS.

I risultati evidenziano una traiettoria di aggravamento clinico dall'adolescenza alla giovane età adulta, sottolineando la necessità di servizi specialistici in grado di offrire interventi precoci, multidisciplinari e attenti alle differenze di genere, per intercettare precocemente la vulnerabilità evolutiva e contrastare la complessificazione del consumo.

Introduzione

Negli ultimi decenni, in Italia, si è registrato un costante abbassamento dell'età di primo consumo e sperimentazione di sostanze psicoattive. La Relazione al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze (2025) conferma questa tendenza, evidenziando che oltre un terzo degli studenti ha fatto uso di Cannabis, spesso già prima dei 15 anni, e che la fascia 15-25 anni è oggi la più vulnerabile, anche per quanto riguarda l'uso di Cocaina inalata e stimolanti.

Un'attenzione mirata al passaggio dall'adolescenza all'età adulta è necessaria non solo perché rappresenta una fase delicata di sviluppo, ma anche perché coincide con il periodo di massima incidenza dei disturbi psichiatrici lungo l'arco della vita. La letteratura, infatti, indica tra i 14 e i 18 anni il picco di insorgenza dei principali disturbi psichiatrici (Solmi et al., 2022).

In questo contesto, la presenza di Servizi specialistici dedicati a questa fase evolutiva, come Onda1, è fondamentale. Intercettare precocemente le situazioni di rischio e offrire interventi mirati consente non solo di prevenire la cronicizzazione del sintomo, ma anche di contrastarne la "nosologizzazione": un appiattimento che può coinvolgere sia i pazienti che i curanti. Riuscire a "guardare oltre" apre allo spazio dell'ascolto di tentativi di regolazione affettiva e automedicazione (Morgenstern, 1993), permettendo di far emergere una sofferenza – talvolta sconfinante nella psicopatologia – nascosta dietro il sintomo. Il presente studio si inserisce in questa cornice scientifico-culturale e analizza un campione clinico di pazienti under 26 in trattamento presso il Servizio Onda1 dell'ASL Città di Torino nel corso del 2024.

Obiettivi

Il presente studio si propone di esaminare la relazione tra variabili cliniche e demografiche in un campione di giovani pazienti in trattamento per uso di sostanze presso il Servizio Onda1, servizio specialistico rivolto a giovani under 26 consumatori di sostanze psicoattive ad esclusione di oppiacei. Gli obiettivi di ricerca sono stati così definiti:

- Descrivere attraverso variabili sia descrittive che cliniche il campione clinico in oggetto;
- Esplorare le variazioni dei pattern di consumo di sostanze in relazione all'età dei pazienti suddivisa in Cluster (A 15-18; B 19-22; C 23-25 anni) e i conseguenti risvolti clinici;
- Esplorare le variazioni della gravità della diagnosi di Disturbo da uso di sostanze (DUS) in relazione all'età dei pazienti;
- Verificare le sopracitate differenze in base al sesso, ipotizzando una maggiore gravità della condotta di consumo nei soggetti di sesso femminile e un'altrettanta maggiore comorbidità psichiatrica.
- Sostenere con il supporto di dati statistici l'importanza della presenza di servizi specialistici rivolti all'utenza in esame.

Materiali e metodi

Partecipanti

Il campione (n=111) è costituito da pazienti di età compresa tra 15 e 25 anni, in trattamento presso il Servizio Ona1. I partecipanti sono stati differenziati in base al tipo di sostanza primaria utilizzata (consumo esclusivo di Cannabis vs altre sostanze o poliuso). Con poliuso si intende il consumo combinato di 3 o più sostanze. I dati demografici sono stati estrapolati dalle cartelle cliniche e integrati con quelli ottenuti dalla somministrazione dell'ABQ. L'età media è 20,7 anni, (DS 3,1; mediana 21), mentre la distribuzione per sesso vede in prevalenza soggetti di sesso maschile (M: 66,7% F:33,3%). In merito alla scolarità, oltre la metà (56,8%) ha completato la scuola secondaria di primo grado (8 anni), mentre il 36% ha un diploma superiore (13 anni).

Strumenti

La valutazione diagnostica è stata effettuata tramite: ABQ – Adolescent Behavior Questionnaire (Hogrefe, 2016), per una valutazione multidimensionale del Disturbo da uso di sostanze, che restituisce punteggi categorizzati in quattro livelli di gravità: sotto l'attenzione clinica (punteggio < 5), lieve (5–6), moderata (7–8) e grave (≥ 9). Questo test conta al suo interno anche la 7DAS.

7DAS - Seven Domains Addiction Scale, che esplora sette domini psicopatologici individuati in letteratura come fattori prodromici per lo sviluppo e il mantenimento di una dipendenza patologica: ansia da separazione, disregolazione affettiva, dissociazione, esperienze traumatiche infantili, discontrollo degli impulsi, comportamenti compulsivi e pensieri ossessivi.

Procedura

La somministrazione è avvenuta nel corso dell'anno solare 2024 all'interno del percorso di presa in carico. I questionari sono stati compilati con supervisione degli operatori. Analisi statistiche Sono state condotte analisi descrittive per caratterizzare il campione, i pattern di consumo e la distribuzione dei livelli di gravità (sotto l'attenzione clinica, lieve, moderato, grave), con stratificazione per sesso, cluster di età e tipologia di sostanza (Cannabis esclusivo vs altre sostanze/poliuso). Successivamente, sono stati eseguiti test del chi-quadrato (χ^2) per valutare l'associazione tra le variabili indipendenti (sesso, età, sostanza di consumo) e i livelli di gravità; vengono riportati χ^2 , gradi di libertà (gl) e p. Il livello di significatività è stato fissato a $p < .05$ (bi-laterale). Tutte le analisi sono state condotte con Python (versione 3.x) utilizzando i pacchetti statistici e grafici standard.

Risultati

Sezione A: Analisi delle variabili descrittive

A1. Analisi delle sostanze: sostanza primaria di consu-

mo, sostanza secondaria e poliuso Nel campione la sostanza primaria più frequentemente riportata è la Cannabis, che compare come primaria nel 70,7% dei casi (n=99 poiché esclusi i poliusatori) e come secondaria nel 40%. Il Crack rappresenta la seconda sostanza primaria più diffusa e utilizzata (14,1%), spesso in associazione con Alcol o Cannabis. L'Alcol risulta invece raro come sostanza primaria (7,1%), dato giustificato dalla specificità del Servizio e dall'esistenza di servizi dedicati per il trattamento dell'abuso di alcolici. Tuttavia, emerge molto frequentemente come sostanza secondaria (36,7%). La Ketamina e la Cocaina inalata mostrano percentuali contenute come sostanze primarie (4% ciascuna), ma ricompaiono come secondarie (10% e 6,7%).

A.2 Analisi delle sostanze: differenze di sesso La Cannabis è la sostanza primaria più diffusa in entrambi i sessi (≈70%), per le femmine rappresenta il 67,7% mentre i maschi il 72,1%. Il Crack è la seconda più frequente (≈13–15%), con distribuzione simile tra sesso maschile (14,7%) e femminile (12,9%). L'Alcol come primaria è marginale (6,5% nei maschi e 7,4% nelle femmine; ≈6–7%), mentre la Cocaina inalata compare solo nei maschi (6%) e la Ketamina solo nelle femmine (13%), suggerendo pattern di sesso distinti. Tra le sostanze secondarie (n=30), nelle femmine prevale l'Alcol (58%) e impone una riflessione in merito, seguito dalla Cannabis (25%); nei maschi domina la Cannabis (50%), seguito da Alcol (22%) e Ketamina (17%). La Cocaina inalata è presente tra i maschi nel 5,6% dei casi mentre nelle donne nell'8,3%.

Infine, il poliuso, inteso come l'utilizzo di almeno 3 sostanze in associazione, è stato rilevato nel 10,8% del campione (n = 12 su 111), equamente distribuiti tra i due sessi. Queste differenze nei pattern di consumo tra maschi e femmine sono state sottoposte ad analisi statistiche per indagare l'indipendenza tra le variabili sostanza e sesso. Il test del chi quadro di indipendenza suggerisce che la distribuzione delle sostanze è casuale ($p > .05$), pertanto queste differenze sono riscontrabili solamente a livello qualitativo.

A.3 Analisi delle sostanze: differenze di età

Il campione analizzato è stato diviso in 3 Cluster d'età: Cluster A (15-18 anni), Cluster B (19-22 anni), Cluster C (23-25 anni).

Nel Cluster A (n=35) prevale nettamente l'uso di una sola sostanza (n=26; 74,3%), quasi esclusivamente Cannabis (30 casi), con rare presenze di Alcol (3) e Ketamina (1). Le sostanze secondarie (n=8; 22,9%) sono limitate (Cannabis, Alcol, Ketamina, Pregabalin), il poliuso è quasi assente e rappresentato da un solo caso (n=1; 2,9%).

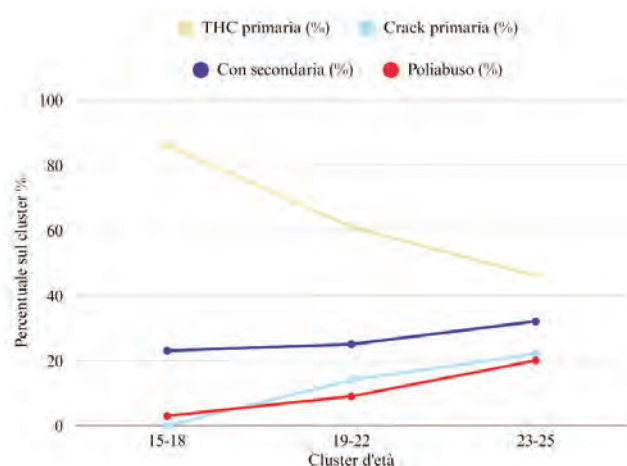
Nel Cluster B (n=36) il consumo si diversifica: l'utilizzo di una sola sostanza riguarda il 66,7% (n=24) dei casi, ma cresce l'associazione con una secondaria (n=9; 25%) e il poliuso (n=3; 8,3%).

La Cannabis resta centrale (22 casi), ma aumentano Crack (5) e Ketamina (3) come sostanze primarie, l'Alcol compare soprattutto come sostanza secondaria. Nel Cluster C (n=40) il quadro si complica ulteriormente: solo il 47,5% (n=19) consuma soltanto una sostanza, il 32,5% (n=19) vi associa una seconda e il polibuso raggiunge il 20% (n=8). La Cannabis resta prevalente (18 casi), ma il Crack assume un peso rilevante (9 casi), seguito da Alcol (3) e Cocaina inalata (2). Queste differenze nei pattern di consumo tra i 3 Cluster d'età sono state sottoposte ad analisi statistiche per indagare l'indipendenza statistica tra le variabili sostanza ed età. Il test del chi-quadro di indipendenza suggerisce che la distribuzione delle sostanze non è casuale ($p = 0.0048$).

Sintesi trasversale

La Cannabis rappresenta la sostanza primaria più diffusa in tutte le fasce d'età, ma la sua centralità si riduce progressivamente: dall'85% nella popolazione tra i 15 e i 18 anni scende al 45% tra i 23-25 anni. A partire dai 19 anni compaiono in modo più consistente il Crack e la Ketamina, mentre Cocaina inalata e Alcol restano meno rappresentati ma relativamente stabili. Sul piano delle sostanze secondarie, l'Alcol diventa la sostanza più frequente soprattutto dai 19 anni in avanti, mentre la Cannabis continua a comparire anche nei soggetti più grandi. Infine, il polibuso mostra un andamento crescente con l'età: quasi assente tra i 15-18 anni, compare nell'8,3% dei 19-22 anni e raggiunge il 20% nei 23-25 anni.

Grafico 1. *Variazione della percentuale di partecipanti in relazione al pattern di consumo nei diversi cluster di età*



Sezione B: Analisi delle variabili cliniche

B.1 Gravità del Disturbo da uso di sostanze (DUS) nel campione clinico

Per ciascun partecipante è stato misurato il livello di gravità del DUS attraverso la somministrazione dell'ABQ secondo una classificazione articolata in quattro fasce: sotto l'attenzione clinica (punteggio < 5),

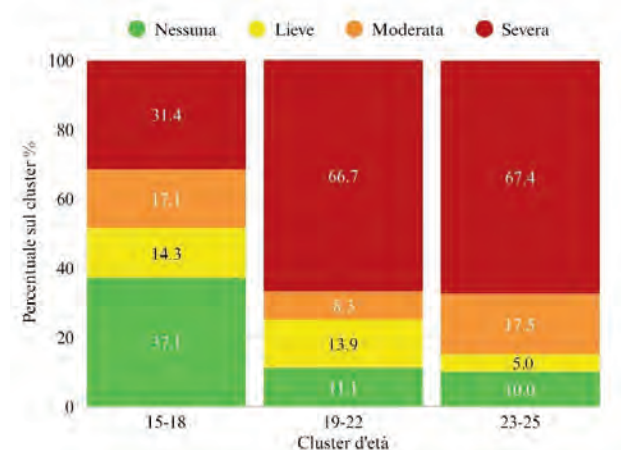
lieve (5-6), moderata (7-8) e grave (≥ 9).

I risultati mostrano una prevalenza marcata di quadri clinici gravi, che riguardano oltre la metà del campione (n=58; 52,3%), delineando quadri clinici di marcata compromissione. Circa un terzo (n=19; 32,4%) presenta livelli lievi o moderati, mentre solo una minoranza (n=17; 15,3%) non soddisfa i criteri diagnostici (Grafico 2).

B.2 Analisi dell'associazione tra la gravità del DUS e l'età

I partecipanti sono stati distribuiti in 3 Cluster d'età e all'interno degli stessi per gravità della diagnosi.

Grafico 2. *Distribuzione della gravità del DUS all'interno dei tre cluster di età.*



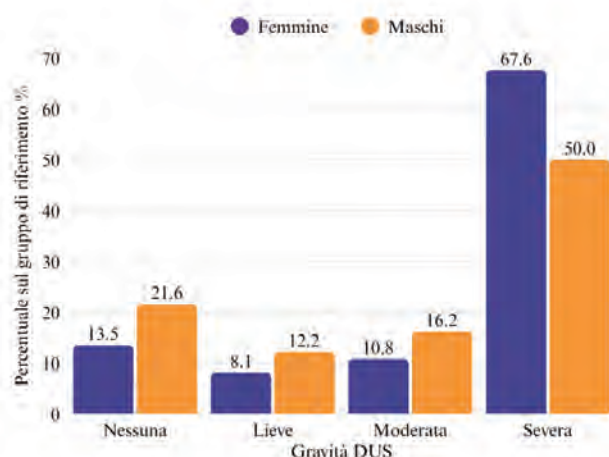
Dal Grafico 2 emerge come nel Cluster A (15-18 anni) ci sia una quota maggiore di "nessuna diagnosi" (n=13; 37,1%), mentre nel Cluster B (19-22 anni) prevalgano nettamente i casi con diagnosi severa (n=24; 66,7%), con un incremento ancora più evidente (n=27; 67,5%) nel Cluster C (23-25 anni). La differenza nella distribuzione della gravità della dipendenza tra i tre Cluster di età è stata sottoposta ad analisi statistiche. Il test del chi-quadro di indipendenza suggerisce che la distribuzione della gravità tra i Cluster non è casuale ($X^2 = 17.77$; $p = 0.0068$).

B.3 Analisi dell'associazione tra la gravità del DUS e il sesso

I partecipanti sono stati distinti per sesso e per gravità della dipendenza.

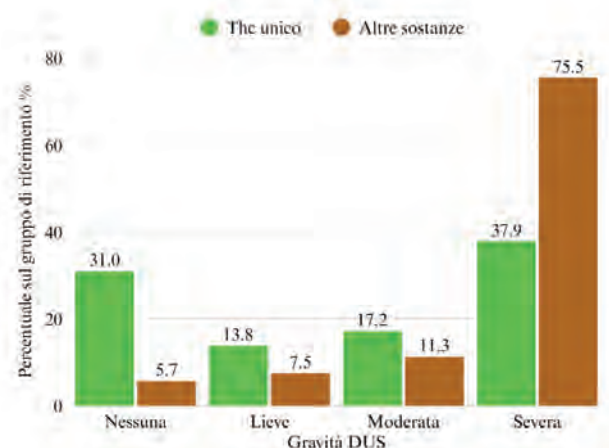
L'analisi dei dati raccolti indica una prevalenza di quadri più severi di DUS nel campione femminile (n=25; 67,6%) rispetto a quello maschile (n=37; 50%). Queste differenze nella gravità tra maschi e femmine sono state sottoposte ad analisi statistiche per indagarne l'indipendenza. Il test del chi-quadro non ha evidenziato un'associazione significativa tra sesso e gravità ($X^2 = 3,10$; $p = 0,38$), verosimilmente anche a causa della dimensione ridotta del sottogruppo femminile.

Grafico 3. Distribuzione della gravità del DUS per distinzione di sesso (F=37; M=74)



B.4 Analisi dell'associazione tra la gravità del DUS e sostanze di consumo. I partecipanti sono stati distribuiti in due sottocampioni differenti. Il primo è composto da consumatori "puri" di Cannabis, quindi in assenza di altre sostanze in combinazioni. Il secondo è composto da consumatori di tutte le altre sostanze, da sole o in combinazione tra loro.

Grafico 4. Gravità del DUS nei due gruppi (consumatori esclusivi di Cannabis vs. consumatori di altre sostanze)



Come mostra il Grafico 4, nel gruppo "Cannabis unico" (n=78) la gravità è più distribuita, con una quota consistente senza diagnosi (n=18; 31%) o con livelli lievi (n=8; 13,8%) oppure moderati (n=10; 17,2%). Nel gruppo "altre sostanze" (n=53) prevale nettamente la gravità severa (n=40; 75,5%) con una concentrazione molto alta di casi. Queste differenze nella gravità del DUS tra i due gruppi "Cannabis unico" e "altre sostanze" sono state sottoposte ad analisi statistiche per indagarne l'indipendenza statistica. Il test del chi-quadro ha evidenziato un'associazione significativa tra pattern di consumo e gravità del DUS ($\chi^2 = 22.5$; $p < 0.001$).

Sezione C: analisi dei 7 domini psicopatologici

Nel campione analizzato emerge una presenza significativa di compromissione clinica nel dominio discontrollo degli impulsi: il 46,8% dei partecipanti mostra livelli gravi. Seppur anche all'interno dei restanti domini si riscontrino percentuali di casi gravi fanno da controaltare percentuali elevate di pazienti che risultano sotto soglia, mostrando valori più bassi di gravità media. Nel complesso i dati relativi al campione suggeriscono profili psicopatologici eterogenei e diversificati.

C.1 Analisi dell'associazione tra i 7 domini psicopatologici e sesso. Al fine di valutare la possibile relazione tra sesso e domini psicopatologici, il campione clinico è stato dapprima diviso in due gruppi (M, F) e poi distribuito per gravità (fuori dall'attenzione clinica, lieve, moderato, grave) all'interno di tutti e 7 i domini psicopatologici considerati. La distribuzione dei livelli di gravità nei 7 domini all'interno dei campioni M e F è riportata nel Grafico che segue.

Grafico 5. Distribuzione percentuale dei livelli di gravità nei 7 domini all'interno dei campioni M e F



Queste differenze nei livelli di gravità tra maschi e femmine sono state sottoposte ad analisi statistiche per indagare l'indipendenza tra le 7 variabili e il sesso. Il test del chi-quadro di indipendenza suggerisce che in tutti i domini psicopatologici analizzati le differenze di sesso risultano statisticamente significative. I valori statistici sono riportati in Tabella 1.

Tabella 1. Risultati delle analisi del chi-quadro per le differenze di sesso nei domini clinici

Dominio psicopatologico	$\chi^2(df)$	p
Ansia da separazione	21.87 (3)	< .001
Disregolazione affettiva	24.48 (3)	< .001
Dissociazione somatoforme e psicologica	27.22 (3)	< .001
Esperienze traumatiche infantili	24.17 (3)	< .001
Discontrollo degli impulsi	15.51 (3)	.001
Comportamenti compulsivi e ritualizzazione	17.83 (3)	< .001
Pensieri ossessivi	24.10 (3)	< .001

Dalla distribuzione percentuale dei livelli di gravità nei 7 domini, si osserva una tendenza delle partecipanti di sesso femminile a concentrarsi nelle fasce di gravità clinica più elevate.

Discussione e conclusioni

I risultati emersi dall'analisi condotta dal seguente studio hanno evidenziato alcuni pattern ricorrenti di particolare interesse sintetizzabili in 6 punti:

1) Centralità della Cannabis: rappresenta la sostanza primaria più diffusa in tutte le fasce d'età ($\approx 70\%$), ma la sua centralità si riduce progressivamente con l'aumentare dell'età, a favore di sostanze con alto potenziale addittogeno come Crack e Cocaina inalata.

2) Complessificazione delle traiettorie di consumo: mentre negli adolescenti (15–18 anni) prevale l'uso di una sola sostanza (in primis Cannabis), nei giovani adulti (19–25 anni) emerge una crescente diversificazione e un incremento significativo del poliabuso (fino al 20% nei 23–25enni).

3) Incremento della gravità del DUS con l'età: la distribuzione della gravità del DUS, misurata tramite ABQ, mostra una netta associazione statistica con l'età ($p = .0068$). Nella fascia 15–18 anni la quota di diagnosi severe è pari al 31,4%, mentre raggiunge il 67,5% in quella 23–25 anni.

4) Rapporto tra sostanza di consumo e gravità del DUS: i consumatori esclusivi di Cannabis presentano una distribuzione più bilanciata della gravità del disturbo, con il 37,9% aventi una diagnosi severa, mentre tra i consumatori di altre sostanze o poliabuso la gravità severa raggiunge il 75,5% ($p < .001$).

5) Sesso e gravità del DUS: pur non risultando un dato statisticamente significativo ($p = .38$), le pazienti di sesso femminile mostrano una prevalenza clinicamente rilevante di quadri severi del Disturbo da uso di sostanze (67,6% dei casi) rispetto ai pazienti di sesso maschile (50% dei casi).

6) Sesso e psicopatologia: si riscontra una marcata compromissione psicopatologica, netta-mente associata con il sesso in tutti e 7 i domini valutati con 7DAS. Tali differenze tra maschi e femmine in tutti e 7 i domini risultano statisticamente significative, pertanto non dovute al caso (Tabella 1).

Nel complesso, i risultati indicano una traiettoria di aggravamento clinico legata all'aumento dell'età e al passaggio dalla Cannabis al policonsumo, con differenze di sesso che richiedono un'attenzione clinica specifica. I dati raccolti si allineano con le evidenze di recenti studi epidemiologici e clinici: la Cannabis è inizialmente la sostanza prevalente, ma lascia progressivamente spazio a pattern di consumo più complessi. Questo è in linea con quanto riportato in letteratura, dove policonsumo e uso di stimolanti tendono ad emergere nella prima età adulta e sono associati a prognosi più severe (Starzer et al., 2018). È importante sostenere l'idea di traiettorie differenziate, influenzate da vulnerabilità individuali e contesti sociali (Volkow et al., 2014), così come considerare l'impatto di esperienze traumatiche precoci, come trascuratezza emotiva, abusi fisici, sessuali e psicologici. In questo senso, una parte significativa del campione, maschile e femminile, riporta

esperienze traumatiche infantili.

Il dato relativo al genere merita particolare attenzione. Sebbene non emerga una significatività statistica rispetto alla gravità del Disturbo da Uso di Sostanze, le donne mostrano una tendenza a quadri clinici più gravi, in linea con quanto evidenziato dalla letteratura (Haro et al., 2023). Inoltre, in tutti i domini psicopatologici indagati – ansia da separazione, disregolazione affettiva, dissociazione, traumi infantili, discontrollo degli impulsi, compulsività e pensieri ossessivi – le differenze di sesso risultano significative, con una maggiore concentrazione delle partecipanti nelle fasce di gravità più elevata.

Questi risultati evidenziano la necessità di servizi specialistici dedicati, non solo ai consumi di sostanza ma a questa specifica fascia d'età, e che offrano percorsi terapeutici che tengano in considerazione le implicazioni delle differenze di sesso.

Limiti e prospettive future

Il presente lavoro presenta alcuni limiti metodologici da considerare. Il campione, limitato a un solo servizio cittadino, riduce la generalizzabilità dei risultati. Inoltre, la ridotta rappresentanza femminile del campione limita la potenza statistica delle analisi. Il disegno trasversale, infine, non permette di stabilire relazioni causali tra età, sostanze e gravità, né di seguire l'evoluzione dei percorsi individuali. Studi futuri dovrebbero prevedere campioni più ampi e multicentrici, con disegni longitudinali in grado di chiarire meglio le dinamiche di transizione dal consumo di Cannabis ad altre sostanze, e di approfondire le vulnerabilità specifiche tra i sessi.

Conclusioni

I risultati di questo studio confermano che età, sesso e tipo di sostanza sono variabili chiave nella comprensione del Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) anche tra i giovani. La Cannabis si conferma sostanza d'esordio più comune, ma lascia progressivamente spazio a consumi più complessi e gravi, come Cocaina inalata e Crack, soprattutto con l'aumentare dell'età. Le differenze tra i sessi richiedono modelli di intervento mirati, attenti alle vulnerabilità specifiche della popolazione femminile. Emergono traiettorie di aggravamento clinico dall'adolescenza alla giovane età adulta, che rafforzano la necessità di servizi specialistici capaci di offrire interventi precoci, multidisciplinari e sensibili alle differenze tra i sessi. I servizi pubblici territoriali si confermano fondamentali per l'intercettazione precoce, il trattamento e la produzione di dati scientifici utili a orientare politiche e pratiche cliniche.

Bibliografia

- Balestra, G., Rossi, M., & Ferraro, P. (2025). L'integrazione dei servizi di salute mentale e delle dipendenze: Rischi e prospettive. *Rivista Italiana di Psichiatria*, 60(1), 45–56.
- Bellavia, A., Bellini, A., D'Elia, P., Gennari, N., Ivaldi, F., & Imperiale, G. (2019). Come motivare al cambiamento giovani consumatori? *Animazione Sociale*, 332, 63–94.
- Bifulco, A., & Moran, P. (2007). Clinical and research perspectives on child neglect and abuse: Implications for adult mental health. *Psychiatry*, 6(8), 339–342.
- Connor, J. P., Gullo, M. J., White, A., & Kelly, A. B. (2014). Polysubstance use: Diagnostic challenges, patterns of use and health. *Drug and Alcohol Review*, 33(3), 309–319.
- Eaton, N. R., Rodriguez-Seijas, C., Carragher, N., & Krueger, R. F. (2018). Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(5), 509–518.
- Haro, J. M., Altamura, A. C., Correll, C. U., Frydecka, D., Nuijten, M., & Patel, A. (2023). Gender differences in clinical presentation and treatment outcomes in substance use disorders. *Addiction*, 118(6), 1151–1164.
- Hogrefe. (2016). *Adolescent Behavior Questionnaire (ABQ): Manuale di somministrazione e scoring*. Hogrefe Editore.
- Meares, R. (2005). *The metaphor of play: Origin and breakdown of personal being*. Routledge.
- Miller, M. L., & Hurd, Y. L. (2017). Testing the gateway hypothesis. *Neuropsychopharmacology*, 42(5), 985–986.
- Morgenstern, J., & Leeds, M. (1993). Individuals seeking treatment for substance use disorders: A clinical perspective on self-medication and affect regulation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(4), 285–296.
- Publiedit. (2009). *Il progetto O.N.D.A.1. In Interventi Innovativi per le Dipendenze Patologiche (Collana In-DIPENDENZE, gennaio 2009)*.
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., ... & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295.
- Starzer, M. S. K., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2018). Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 175(4), 343–350.
- Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., DeLisi, L. E., Meier, M. H., Gonzalez, R., Bloomfield, M. A. P., Curran, H. V., Baler, R., & Muenke, M. (2014). Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: A review. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 292–297.
- Zerbini, M. (2013). Costruzione, manutenzione ed implementazione di una efficace rete territoriale: L'esperienza di O.N.D.A.1. *FederSerD Informa*, 21, 7–8. Supplemento a Mission.

2.14

SCOPING REVIEW DELL'USO EMERGENTE DELLA PSILOCIBINA NELLE POPOLAZIONI ADULTE CON DISTURBO DA USO DI ALCOL

Mastrostefano A.*^[1], Greco G.^[4], Daroui D.^[1], Capretti N.^[1], Gennari R.^[1], Davini F.^[3], Barlattani T.^[5], Pacitti F.^[5], Terracina S.^[2]

^[1]Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia, Sapienza Università di Roma ~ Roma ~ Italy, ^[2]Dipartimento di Scienze Diagnostiche, A.O. Universitaria Sant'Andrea ~ Roma ~ Italy,

^[3]Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma 3 ~ Roma ~ Italy, ^[4]Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma - Italy, ~ Italy,

^[5]Dipartimento di Scienze Biotechnologiche e Applicate Cliniche (DISCAB), Università degli Studi dell'Aquila ~ L'Aquila ~ Italy

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) è una patologia cronica recidivante che comporta un notevole carico a livello globale, nonostante l'efficacia dei trattamenti farmacologici disponibili, le persistenti difficoltà nella gestione del DUA e gli elevati tassi di ricaduta rendono necessaria l'esplorazione di terapie innovative.

Background

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) è una patologia cronica e recidivante, gravata da rilevanti ricadute cliniche, sociali ed economiche. Nonostante i trattamenti farmacologici disponibili, gli elevati tassi di ricaduta impongono l'esplorazione di approcci innovativi. Tra questi, la psilocibina, psichedelico classico di origine naturale, sta emergendo come opzione potenzialmente promettente. Dopo un interesse clinico negli anni '50-'60, le restrizioni normative ne avevano interrotto la sperimentazione. Negli ultimi anni vari Paesi (ad es. Australia, Stati Uniti, Canada, Israele) hanno riaperto alla ricerca clinica, con crescente supporto accademico ed economico. Sul piano neurobiologico, la psilocibina agisce principalmente come agonista parziale dei recettori 5HT_{2A}, con effetti anche su 5HT_{1A}, modulando i circuiti dopaminergici della ricompensa e riducendo craving e rischio di ricaduta. Sono stati documentati effetti su rilascio di glutammato, vie BDNFTrkB e mTOR, plasticità sinaptica e asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Evidenze di neuroimaging suggeriscono la modulazione di reti cerebrali implicate nella dipendenza, in particolare il Default Mode Network (Figura 1: *Meccanismi neurobiologici della psilocibina nei circuiti dell'alcol e potenziali effetti*). La psicoterapia assistita da psichedelici, inoltre, pone enfasi su "set e setting" ed è oggetto di crescente attenzione regolatoria.

Restano tuttavia necessarie ulteriori ricerche per chiarire efficacia, sicurezza e inquadramento normativo. Lo studio presentato propone una scoping review per sintetizzare le evidenze disponibili, identificare lacune e orientare futuri sviluppi scientifici e legislativi in ambito del DUA.

Materiali e Metodi

La scoping review è stata condotta in conformità con PRISMA per scoping review e con i principali framework metodologici riconosciuti. Il 24 febbraio 2025 è stata eseguita una ricerca sistematica su MEDLINE/PubMed, CINAHL (EBSCOhost) e APA PsycINFO (EBSCOhost). Stringa di ricerca: (Alcohol* OR Ethanol* OR drink* OR liquor* OR beer* OR wine*) AND (psilocybin OR psilocybine OR indocybin OR psychedelic* OR dimethyltryptamine OR 4-PO-DMT).

Sono stati inclusi studi primari su esseri umani, pubblicati in inglese su riviste peer-reviewed, che prevedessero trattamento con psilocibina per DUA. I criteri di eleggibilità sono stati definiti secondo il framework PCC (Population, Concept, Context) e allineati agli obiettivi della scoping review.

Dopo rimozione dei duplicati, due revisori hanno effettuato lo screening indipendente di titoli e abstract; un terzo ha risolto eventuali discrepanze. Sono stati estratti: autore/i, anno, disegno, caratteristiche del campione, modalità d'uso della psilocibina, eventuali co-interventi psicoterapici, contesto di cura e figure professionali coinvolte. La sintesi è stata condotta: in forma tabellare delle caratteristiche chiave degli studi e tramite analisi tematica iterativa per identificare pattern ricorrenti e temi principali.

Risultati

Sono stati identificati 757 record attraverso la ricerca nei seguenti database PubMed n = 441; CINAHL n = 157; APA PsycINFO n = 159 (Figura 2: *diagramma di flusso PRISMA*). Dopo la rimozione di 221 duplicati, 536 record sono stati sottoposti a screening su titolo e abstract: 470 sono stati esclusi per mancanza di criteri di inclusione. Sono stati recuperati 66 articoli per la revisione completa, ma 4 non erano accessibili. In totale, 62 articoli sono stati valutati e 50 esclusi per i seguenti motivi: popolazione irrilevante (n = 17), concetto irrilevante (n = 26) o contesto irrilevante (n = 7). Alla fine, 12 studi sono stati inclusi nella scoping review.

Gli studi, pubblicati tra il 1968 e il 2025, hanno indagato l'uso della psilocibina nel trattamento dell'alcolismo/AUD, mostrando eterogeneità per disegno metodologico, numerosità campionaria, dosaggi, criteri di inclusione/esclusione e misure di outcome (Tabella S1). Sono stati inclusi 7 RCT, 4 studi open-label e 1 case report.

Due studi preliminari open-label condotti in Polonia (1968-1970) esplorarono psilocibina e altri psichedelici in alcolisti cronici maschi: nel primo, 14 pazienti

trattati con 6–30 dosi (inclusa psilocibina 9 mg) mostrarono remissione del craving; nel secondo, un follow-up a 6 anni su 31 pazienti riportò effetti terapeutici soddisfacenti nel 58% dei casi dopo dosi multiple di psilocibina (6–30 mg) e LSD (100–800 µg). Gli altri studi furono condotti negli Stati Uniti (2015–2025). La maggioranza in contesti ospedalieri o universitari, con medici e psicologi; alcuni coinvolsero anche psicoterapeuti e radiologi. La maggior parte combinava psilocibina con psicoterapia (MET, counseling, Visual Healing), eccetto quattro studi privi di supporto psicoterapico.

Due studi open-label (2015, 2018) su 10 pazienti mostrarono una riduzione del 61% dei giorni di consumo intenso e del 27,2% nel numero medio di drink/die con due dosi di psilocibina (0,3 mg/kg e 0,4 mg/kg) associate a 12 sedute di psicoterapia.

Sei RCT confrontarono psilocibina con difenidramina. Schema più comune: due somministrazioni (25–40 mg/70 kg di psilocibina vs. 50–100 mg difenidramina) a distanza di 4 settimane. Risultati: riduzione del craving, dei problemi alcol-correlati, ansia e depressione. I giorni di consumo pesante nelle settimane 5–36 scesero al 9,7% (vs. 23,6% nel gruppo controllo).

Un RCT in California (20 pazienti, AUD moderato-severo) confrontò psilocibina con o senza programma Visual Healing: entrambi i gruppi ridussero i giorni di consumo, ma l'integrazione ambientale attenuò le variazioni pressorie.

Infine, un case report in Minnesota segnalò una grave ricaduta dopo psilocibina, evidenziando la necessità di follow-up prolungati.

Conclusioni

La psilocibina è tra gli psichedelici classici più studiati in psichiatria moderna e nel trattamento delle dipendenze. Le evidenze, seppur ancora limitate ed eterogenee, suggeriscono che la psicoterapia assistita da psilocibina possa rappresentare un approccio promettente per ridurre il consumo di alcol nel DUA. Il campo rimane però in fase sperimentale: è indicato un cauto ottimismo, in attesa di prove più robuste prima di un'adozione clinica estesa.

Sono prioritari RCT multicentrici di maggiori dimensioni, con follow-up prolungati, campioni più eterogenei e protocolli standardizzati, per validare efficacia e sicurezza. La ricerca futura dovrebbe mirare a dirimerne gli effetti farmacologici della psilocibina dal contesto psicoterapico. Un quadro strategico e multiprofessionale è essenziale per sostenere lo sviluppo di nuovi trattamenti per il DUA e per affrontare gli aspetti legislativi e organizzativi connessi alla definizione di algoritmi terapeutici sicuri.

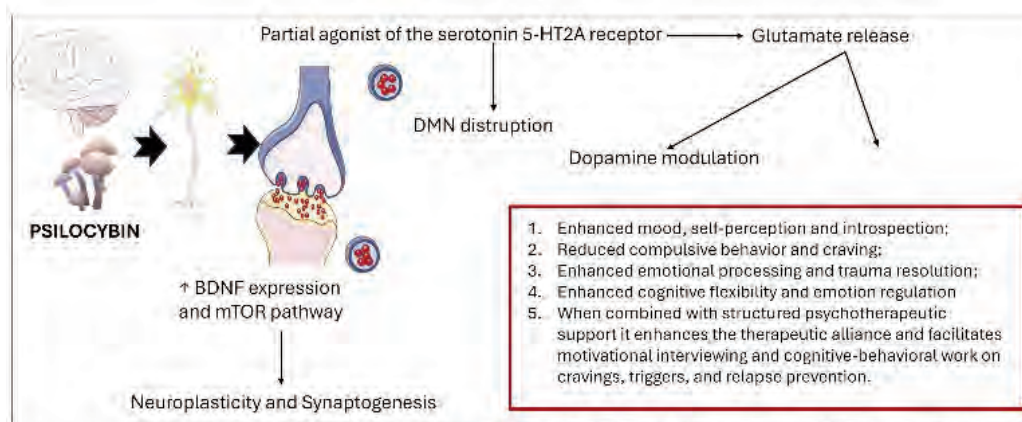


Figura 1: Meccanismi neurobiologici della psilocibina sui circuiti dell'alcol e i suoi potenziali effetti

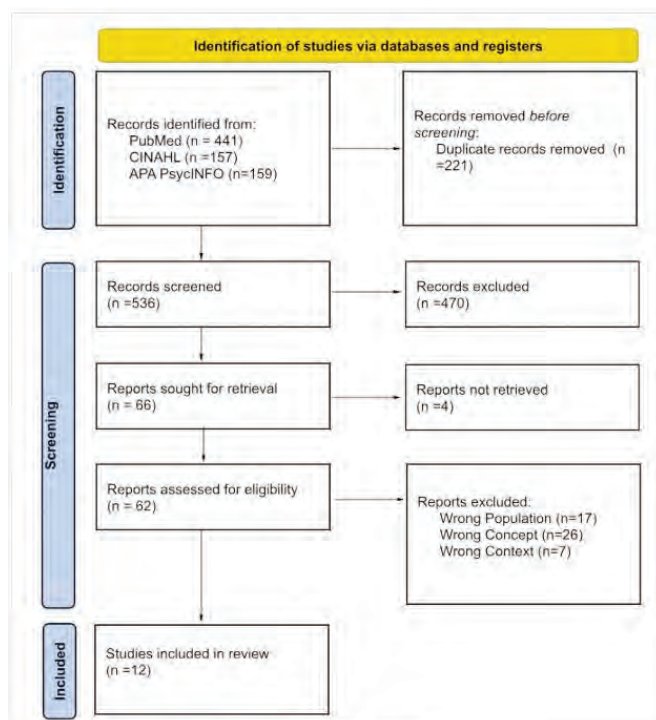


Figura 2. Diagramma di flusso PRISMA

Author, Year, Country	Sample size	Type of intervention	Setting (HCPS)
Z. Rydzynski, 1969, Poland	14	6-30 doses of psilocybin and other psychostimulants	Physician and psychologist
Z. Rydzynski, 1970, Poland	31	Mean 15 dose of psilocybin and other psychostimulants	Physician and psychologist
M. P. Bogenschutz, 2015, New Mexico	10	First session at 4 weeks, psilocybin 0.3 mg/kg; Second session at 8 weeks psilocybin 0.4 mg/kg	Not reported (at least physician, psychologist and psychotherapist)
M. P. Bogenschutz, 2018, New York	3	First session psilocybin 25 mg/70 kg vs C ₁ -H ₁₁ NO 50 mg; Second session psilocybin 25-40 mg/70 kg vs C ₁ -H ₁₁ NO, 50-100 mg. Then, open-label administration of psilocybin at 34 weeks after randomization.	Physician, psychotherapist
E. N. Nielson, 2018, United States	10	First session 0.3 mg/kg; Second session 0.4 mg/kg	Physician, psychologist and psychotherapist
M. P. Bogenschutz, 2022, New Mexico and New York University	93	First session at 4 weeks, psilocybin 25 mg/70 kg vs C ₁ -H ₁₁ NO 50 mg; Second session at 8 weeks psilocybin 25-40 mg/70 kg vs C ₁ -H ₁₁ NO, 50-100 mg	Physician, psychologist and psychotherapist
K. C. O'Donnell, 2022, New Mexico and New York	96	First session at 4 weeks, psilocybin 25 mg/70 kg vs C ₁ -H ₁₁ NO 50 mg; Second session at 8 weeks psilocybin 25-40 mg/70 kg vs C ₁ -H ₁₁ NO, 50-100 mg	Physician, psychologist, psychotherapist, radiology department
K. G. Heinzerling, 2023, California	20	First session at 3 weeks, psilocybin 25 mg; Second session at 7 weeks psilocybin 25 mg	Physician, psychotherapist
M. Frye, 2024, Minnesota	1	Not specified (treated at 8 weeks)	Not specified
B. Pagni, 2024, New York	11	Psilocybin 25 mg (n=5) or C ₁ -H ₁₁ NO (n=6) 50 mg	Physician, psychologist, psychotherapist, radiology department
A. Gabrielle, 2024, New York	13	First session psilocybin 25 mg/70 kg vs C ₁ -H ₁₁ NO 50 mg; Second session psilocybin 25-40 mg/70 kg vs C ₁ -H ₁₁ NO, 50-100 mg. Then open-label administration of psilocybin at 34 weeks after randomization.	Physician, psychologist
B. A. Pagni, 2025, United States	84	Two medication sessions	Physician, psychologist and psychotherapist

Tabella S1. Sintesi delle caratteristiche generali degli studi inclusi

2.15

PROGETTO EMPOWERMENT E DONNE: UN PERCORSO DI RECUPERO INTEGRATO AL SERD DI VENEZIA

Maggiotto V.^[1], Vidal Tagliapietra M.^[2], Ajani E.^[1], Guerra M.^[1], Tono A.^[2], Margutti E.^[2]

^[1]Co.Ge.S. Don Milani ~ Venezia ~ Italy, ^[2]UOS SerD. Azienda ULSS 3 Serenissima ~ Venezia Centro Storico - Chioggia ~ Italy

Empowerment femminile e dipendenze: una prospettiva psicoeducativa

Progetto Empowerment e Donne: Un Percorso di Recupero Integrato al SerD. di Venezia Maggiotto V. [1], Vidal Tagliapietra M. [1], Ajani E. [2], Guerra M. [2], Tono A. [1], Margutti E. [1]

Affiliazioni: [1] UOS SerD. Azienda ULSS 3 Serenissima Venezia Chioggia - Venezia - Italia [2] Consulente esterno Progetto fondo Regionale "Spazio Ponte" Azienda ULSS 3 Serenissima - Venezia - Italia in collaborazione con la Cooperativa Sociale Co.Ge.S. Don Lorenzo Milani

Abstract

Il presente articolo descrive un progetto psicoeducativo rivolto a donne con problematiche di dipendenza, avviato presso il SerD. di Venezia nell'ambito del finanziamento regionale "Spazio Ponte". Attraverso un ciclo di cinque incontri, il programma promuove l'empowerment personale e relazionale, affrontando tematiche quali il benessere biopsicosociale, la gestione del tempo libero, l'affettività, la prevenzione dell'isolamento sociale e l'espressività corporea. L'approccio metodologico, integrato e multidisciplinare, si fonda su teorie dell'apprendimento esperienziale, della psicologia di comunità e dell'Empowerment, con l'obiettivo di favorire la consapevolezza, la resilienza e la capacità decisionale delle partecipanti.

Introduzione

Le dipendenze, siano esse da sostanze, gioco d'azzardo o comportamenti compulsivi, rappresentano spesso una risposta a vissuti di dolore, vuoto identitario o relazionale (Nicolai, 2010). Nelle donne, tali dinamiche si intrecciano frequentemente con ruoli sociali, esperienze traumatiche e relazioni disfunzionali, rendendo il percorso di cura particolarmente complesso (Gilligan, 1982). In questo contesto, l'empowerment non è solo un obiettivo terapeutico, ma una condizione necessaria per la riappropriazione del proprio potere decisiona-

le e della propria identità (Serra, 2019).

Obiettivi

Il progetto si è posto i seguenti obiettivi:

- Prevenire l'isolamento sociale, riconosciuto come fattore di rischio e mantenimento della dipendenza (Cacioppo & Patrick, 2008).
- Promuovere una gestione consapevole del tempo libero, come strumento di prevenzione delle ricadute e di valorizzazione personale (Seligman, 2011; Mortari, 2006).
- Educare all'affettività, per favorire relazioni sane e una maggiore regolazione emotiva (Ainsworth & Bell, 1970; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001).
- Sviluppare l'autoconsapevolezza, intesa come capacità di riflessione critica e di scelta autonoma (Bandura, 1997; Rosenberg, 1965).
- Favorire l'espressione corporea come strumento di benessere e riconnessione con sé (Schneider & Schmitt, 2004).

Metodologia

L'approccio metodologico adottato è integrato e multidisciplinare, e connette diverse pratiche:

- Educazione per l'empowerment, basata sulla teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 1977; Freire, 1970).
- Apprendimento esperienziale, secondo il principio deweyano della connessione tra esperienza e riflessione (Dewey, 1938; Mortari, 2003; Batini & Giovagnoli, 2015).
- Educazione alla salute, per migliorare la consapevolezza e la gestione del benessere psico-fisico (Brown & Ryan, 2003).
- Psicologia di comunità, che valorizza il gruppo come spazio di cura e attivazione delle risorse (Walsh, 2016).
- Espressività corporea, ispirata agli studi sul ruolo del corpo nella prevenzione delle ricadute e sul movimento come strumento di welfare culturale (Schneider & Schmitt, 2004).

Tabella riassuntiva figura n.1.



Struttura degli incontri

1. Orientamento al Benessere Psico-Fisico

Il primo incontro ha introdotto il concetto di benessere psico-fisico, invitando le partecipanti a riflettere sul proprio stato di salute e sulle connessioni tra dipendenza, affettività e cura di sé. Attraverso attività di gruppo e la somministrazione di un questionario iniziale, è stato favorito il senso di appartenenza e la condivisione di esperienze personali. L'approccio narrativo ha facilitato l'emersione di vissuti e significati (Batini & Giovagnoli, 2015).

2. Gestione del Tempo Libero

Il secondo incontro ha esplorato il tempo libero come spazio di recupero e crescita. Le partecipanti sono state stimolate a riconoscere le proprie risorse e a riorganizzare il tempo in modo costruttivo, valorizzando attività che rafforzano l'autostima e contrastano la compulsività (Mortari, 2006; Seligman, 2011).

3. Educazione all'Affettività

Il terzo incontro ha affrontato il ruolo delle relazioni affettive nel processo di recovery. Attraverso esercizi di alfabetizzazione emotiva, si è lavorato sui confini relazionali, sulla gestione delle emozioni e sulla capacità di costruire legami basati sul rispetto reciproco (Gilligan, 1982; Miller & Rollnick, 2013).

4. Prevenzione dai Rischi

Legati all'Isolamento Il quarto incontro ha posto l'attenzione sull'isolamento sociale, spesso causa e conseguenza della dipendenza. Il gruppo ha offerto uno spazio relazionale sicuro, favorendo la riflessione sul valore della socializzazione e del supporto reciproco (Cacioppo & Patrick, 2008; Walsh, 2016).

5. Espressività Corporea e Sintesi Figurata

L'incontro conclusivo, condotto da una danzatrice professionista, ha proposto un'attività di movimento consapevole per favorire l'ascolto corporeo e la riconnessione con sé. Attraverso l'espressione corporea, le partecipanti hanno potuto rielaborare le tematiche affrontate nei precedenti incontri, sperimentando una forma di sintesi esperienziale e simbolica (Schneider & Schmitt, 2004).

Approfondimento del quinto incontro

Avvenuto il 25 novembre in concomitanza con la Giornata Internazionale per l'Eliminazione della Violenza contro le Donne, l'incontro si è focalizzato sull'espressività corporea come strumento di promozione del benessere psico-fisico delle partecipanti, con l'obiettivo di offrire alle partecipanti supporto nel processo di esplorazione del proprio corpo e nella costruzione di una relazione di ascolto consapevole e positiva con sé stesse.

L'incontro è stato strutturato in quattro fasi:

Parto da "zero": io adesso.

La fase di presentazione ha visto le partecipanti disposte in cerchio, invitate a pronunciare il proprio nome

accompagnato da un gesto o movimento astratto inventato sul momento, che potesse esprimere al gruppo lo stato, la "me stessa" di quel preciso momento. Questo gesto è stato ripetuto dalla singola persona, e trasmesso poi alle compagne: ed una volta imparati ed interiorizzati, sono stati cuciti insieme in modo consequenziale, ripetuti senza soluzione di continuità.

Questa fase ha favorito:

- la connessione immediata tra le partecipanti;
- l'elaborazione di un modo creativo e libero di proporre sé stessi agli altri;
- la scrittura condivisa della prima coreografia collettiva.

Prima parte: Scaldiamo i motori

La fase di riscaldamento è stata di tipo imitativo: disposte su file e a scacchiera fra loro, le partecipanti hanno osservato frontalmente le sequenze e gli esercizi preparati, mentre ne veniva spiegata a parole la dinamica e l'origine. È stato proposto un lavoro per immagini, utile alla chiarificazione di un codice nuovo come può essere quello multi-sfaccettato della danza. Considerando la natura corporea dell'attività proposta e riconoscendo che ogni corpo porta con sé una storia personale unica, è stata posta particolare attenzione alla diversità generazionale, alle predisposizioni individuali e alle specificità anatomiche delle partecipanti.

Un focus specifico è stato dedicato alla respirazione, intesa come strumento fondamentale per facilitare il movimento. In particolare, è stata adottata la respirazione diaframmale, una pratica che favorisce:

- apertura e chiusura della gabbia toracica, aumenta l'espansione polmonare e la quantità di aria assimilata;
 - la peristalsi (movimento degli organi interni e attivazione della digestione metabolica);
 - sensazione di benessere e rilassamento diffuso e generale;
 - pacificazione del sistema psico-fisico e gestione dello stress;
 - consapevolezza e disposizione del corpo al movimento.
- Il corpo è stato attivato partendo dalla testa, mosso e coinvolto gradualmente in tutte le parti del corpo permettendo alle partecipanti di esplorare:
- le possibilità della loro mobilità e postura;
 - lavorato su equilibrio ed allineamento;
 - sviluppato energia, sicurezza, chiarezza e coscienza di sé.

Seconda parte: il cerchio

Si è aperta una fase di lavoro personale, in cui le partecipanti sono state invitate a tornare in cerchio e ad immaginare di disegnare nello spazio delle forme tonde e circolari con il proprio corpo, partendo a muovere un punto ben preciso (es: articolazioni).

Il cerchio è stato scelto per la sua valenza simbolica e funzionale:

- forma semplice e chiara da immaginare e visualizzare nella mente;
- richiama al concetto di armonia, intesa come ordina-

mento del caos;

- innesca automaticamente la dinamica della spirale, simbolo di rinnovo e purificazione;
- allena alla precisione dinamica;
- innesta naturalmente una dinamica facilmente trasferibile da una parte del corpo all'altra, utile a favorire la fluidità e la continuità del movimento;
- agevola l'apertura, la morbidezza e l'allungamento del corpo;
- agevola l'esplorazione cinetica e la continua ricerca dell'equilibrio;
- permette di giocare con forme grandi e piccole, con il veloce e il lento.

Continuando a sperimentare, le partecipanti hanno portato le loro scritture dinamiche nello spazio tracciando delle traiettorie personali, che hanno:

- permesso la messa in relazione e l'ascolto tra loro;
- favorito lo scambio e dialogo solo utilizzando il movimento e la comunicazione non verbale.

I linguaggi corporei delle partecipanti si sono contaminati a vicenda: incontrandosi, osservandosi, elaborando e assorbendo parte dei movimenti delle compagne, si è generato un continuo e trasformativo flusso dialogico fatto solo dai corpi.

Guidate a voce dalla coordinatrice, le partecipanti hanno formato delle coppie, posizionandosi ad una distanza data e da mantenere. Invitate alla relazione in un "botta e risposta" fisico, dove la prima proponeva una posizione statica di forma circolare, e la seconda rispondeva immaginando di riempire con il corpo il "vuoto" prodotto dalla compagna, fornendo un'altra forma circolare. E così via.

Sono state esplorate:

- ascolto e osservazione di sé;
- problem-solving creativo;
- diverse e nuove opportunità di relazione;
- esplorazione di connessioni umane che lavorano su un sentire più profondo, nello spazio autonomo e nella distanza.

Terza parte: story-telling

Ogni partecipante è stata invitata, in completa autonomia e libertà, a comporre una propria breve sequenza di movimento che comprendesse:

- il proprio movimento di presentazione;
- tre movimenti circolari precisi, precedentemente appresi o sperimentati in autonomia;
- un movimento che potesse esprimere calma, immaginando di poterlo utilizzare nei momenti di stress o prima di affrontare una prova importante.

Si rileva nelle partecipanti:

- grande fedeltà alla richiesta fatta;
- pensiero fisico, adattamento creativo alle proprie possibilità motorie;
- fiducia in se stesse, coraggio e gioia nell'esporsi, nessuna reticenza;
- fiducia nel restare in un movimento astratto, senza

caricarlo di narrazione, scaturita comunque dalla verità e autenticità delle singole proposte;

- l'aver generato insieme un'atmosfera di scambio reciproco, serenità, libertà e generosità di espressione.

Questionario

Oltre al questionario proposto, in apertura e chiusura di esperienza, alle partecipanti è stato chiesto di condividere una parola che potesse riassumere e descrivere l'incontro e le sensazioni provate in questa esperienza. Questo ha permesso di raccogliere impressioni spontanee e autentiche, utili alla valutazione qualitativa dell'incontro.

Le parole raccolte (figura n. 2)



Conclusioni

Fin dalle prime fasi, il gruppo ha dimostrato attenzione e fiducia nella proposta che, per la maggior parte di loro, è risultata nuova ed inedita. Ogni segmento dell'incontro è stato vissuto con partecipazione attiva e portato a termine senza esitazioni.

Si è generata sin da subito una dinamica di ascolto reciproco, con attenzione alle esigenze e alle espressioni individuali.

In poco tempo si è instaurata un'atmosfera serena, creativa e senza giudizio, permettendo a ciascuna di esprimersi in maniera personale e godibile prima di tutto per sé stessa, offrendo al gruppo il proprio contributo narrativo con fantasia e generosità.

L'intero percorso ha arricchito tutto il gruppo, confermando il principio secondo cui "il corpo non mente" (Graham, 1991) e che "la danza rende possibile la costruzione di un altro spazio, a cominciare dallo spazio fra i corpi e delle sue relazioni" (Gades, s.d.).

La crescita è stata al contempo individuale e collettiva.

va, interamente condivisa e costruita dalle sole azioni di ciascuna partecipante.

La semplicità degli esercizi proposti, e l'approccio altrettanto accessibile, hanno reso naturale l'esperienza di comprensione del movimento del corpo come chiave di lettura del sé.

Gli strumenti forniti, concreti ed agiti, hanno permesso di accedere ad un linguaggio avulso e lontano dalla quotidianità gestito con sicurezza, padronanza e coscienza delle proprie possibilità, comprendendo sulla propria pelle che "il corpo è il mezzo tramite cui agire nel mondo e auto-affermarsi" (Laban, s.d.), in piena sintonia con i principi dell'Empowerment.

Durante l'incontro, le partecipanti sono state autrici dirette del proprio percorso, dimostrando che «ognuno è un danzatore. Anche nel gesto più insignificante [...] vi è un'intenzione, una tensione che descrive l'autore del gesto» (Laban, s.d.).

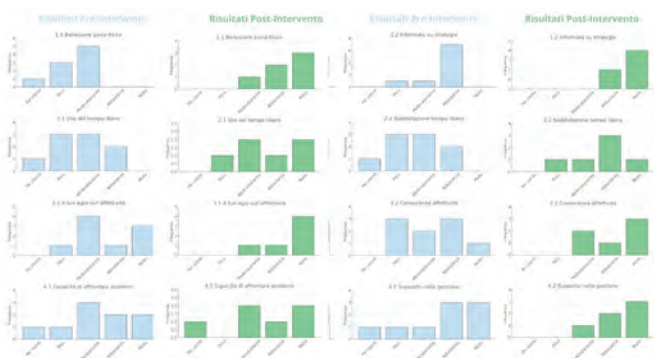
L'ultima giornata ha, inoltre, rappresentato un momento di sintesi e approfondimento delle tappe precedenti, offrendo una prospettiva centrata sul sentire corporeo.

Sintesi dei Risultati e Valutazione dell'Intervento

L'efficacia del progetto è stata valutata con strumenti come il questionario CBA, che ha mostrato miglioramenti significativi nelle aree del benessere psico-fisico, della gestione del tempo libero, delle relazioni affettive e dell'empowerment (Ryff & Singer, 2008).

I risultati evidenziano un aumento della consapevolezza sulle proprie risorse personali e una riduzione del senso di isolamento (Blasi, 2001). Le partecipanti hanno percepito un miglioramento nella capacità di prendere decisioni consapevoli e di modificare i comportamenti disfunzionali (Bandura, 1977; Freire, 1970).

Il progetto ha incluso la somministrazione di questionari pre e post-intervento per valutare l'efficacia dell'esperienza. I risultati evidenziano un miglioramento significativo in vari ambiti. Di seguito le tabelle (figura n.3) confrontano i risultati del questionario di Pre-Intervento (colonne azzurre) e Post-Intervento (colonne verdi).



L'analisi post-intervento ha evidenziato un miglioramento significativo in diverse aree: benessere psico-fisico, gestione e soddisfazione del tempo libero, con-

sapevolezza affettiva e capacità di affrontare situazioni problematiche. Tali cambiamenti si sono accompagnati a un incremento complessivo dell'autostima e dell'empowerment personale. Sintesi delle Risposte a Domande Aperte:

- Cosa è stato più utile: L'unità senza giudizio, l'ascolto reciproco e lo scambio di esperienze.
- In che modo questi incontri hanno influenzato il benessere: Hanno ampliato lo spazio di espressione e creato un senso di appartenenza tra le partecipanti.
- Cosa avresti voluto approfondire: Tematiche legate all'auto sabotaggio, strategie di benessere interiore.
- Suggerimenti per il futuro: Più incontri, un secondo ciclo di approfondimento, introduzione della mindfulness.

Output Attesi e Raggiunti

- Maggiore consapevolezza del benessere psico-fisico.
- Miglioramento della gestione del tempo libero.
- Riduzione del rischio di isolamento sociale.
- Creazione di una rete di supporto tra le partecipanti.

Conclusioni e prospettive future

I risultati emersi confermano l'efficacia di un approccio esperienziale fondato sull'empowerment nel promuovere il recupero psico-fisico e il miglioramento della qualità della vita delle partecipanti. L'intervento ha offerto uno spazio sicuro e protetto per l'esplorazione di tematiche complesse, quali la dipendenza, il benessere personale e le relazioni affettive, favorendo processi di consapevolezza e auto-affermazione.

In linea con le evidenze raccolte, si sta ipotizzando l'attivazione di un secondo ciclo di incontri, strutturato in modo più approfondito, che possa consolidare i risultati ottenuti e ampliare le possibilità di crescita individuale e collettiva. L'integrazione di pratiche di Mindfulness, come indicato da Brown e Ryan (2003), rappresenta una prospettiva promettente per rafforzare ulteriormente la capacità di autoregolazione emotiva e la consapevolezza corporea.

Parole chiave

Empowerment, Dipendenza, Benessere Psico-Fisico, Educazione alla Salute, Psicologia di Comunità, Esperienza Corporea, Recupero, Recovery.

Bibliografia

- AA.VV. (2023). Arte del tatto. Il ruolo della percezione tattile nell'esperienza estetica. Numero Cromatico.
- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49-67. <https://doi.org/10.2307/1127388>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. Freeman.
- Bartenieff, I. (1980). Body movement: Coping with the environment. Gordon and Breach Science Publishers.
- Batini, F., & Giovagnoli, A. (2015). L'approccio narrativo nella prevenzione del disagio. Erickson.
- Benjamin, A. (2020). Making an entrance: Theory and practice for disabled and non-disabled dancers. Cue Press.
- Blasi, P. (2001). Umbria umidi. Scienza della Vegetazione.
- Borges, J. L. (1977). La ceguera. In *Siete noches*. Fondo de Cultura Económica. Scarano, T. (a cura di). (2004). La cecità. Adelphi.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brusciaglion, M., & Gheno, S. (2007). Il gusto del potere: Empowerment di persone e azienda (3^a ed.). Franco Angeli.
- Cacioppo, J. T. (2008). Loneliness: Human nature and the need for social connection. W. W. Norton & Company.
- Casula, C. C. (2003). Giardinieri, principesse, porco-spini: Metafore per l'evoluzione personale e professionale. Franco Angeli.
- Cavallini, D. (Trad.). (2020). Siamo linee. Per un'ecologia delle relazioni sociali. Treccani. (Traduzione di Ingold, T. (2007). *Lines: A brief history*. Routledge).
- Crippi, I. (2024). Lo spazio non è neutro. Accessibilità, disabilità, abilismo. Tamu.
- Dewey, J. (1938). Experience and education. Macmillan.
- Falcone, F. (a cura di), & Debelli, F. (Trad.). (2018). Laban per tutti. La teoria del movimento di Rudolf Laban. Un manuale. Audino. (Traduzione di Newlove, J., & Dalby, J. (2004). *Laban for all*. Routledge).
- Falcone, F. (Ed. it.). (2011). Rudolf Laban. Corpo spazio espressione. L'Espos.
- Franco, S. (2020). Armonia in movimento. La genesi della danza libera di Rudolf Laban e le teorie musicali e pittoriche del suo tempo. CoSMo - Comparative Studies in Modernism.
- Franho, M. (1993). Dance as text: Ideologies of the Baroque body. Cambridge University Press.
- Freire, P. (1970). Pedagogy of the oppressed. Continuum.
- Gergen, K. J. (2009). Relational being: Beyond self and community. Oxford University Press.
- Gilligan, C. (1982). In a different voice: Psychological theory and women's development. Harvard University Press.
- Graham, M. (1991). Blood memory. Doubleday.
- Fedegari, A. (Trad.). (1992). Memoria di sangue. Garzanti.
- Gualardi, F. (2001). Affetti, passioni, vizi e virtù. La retorica del gesto nel teatro del '600. Peri Editore.
- Hackney, P. (2000). Making connections: Total body integration through Bartenieff fundamentals. Routledge.
- Hinde, R. A. (1972). Non-verbal communication. Cambridge University Press.
- Simone, R. (Trad.). (1974). La comunicazione non verbale. Laterza.
- Ingold, T. (2007). *Lines: A brief history*. Routledge.
- Cavallini, D. (Trad.). (2020). Siamo linee. Per un'ecologia delle relazioni sociali. Treccani.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127(4), 472-503. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.4.472>
- Maletic, V. (1987). Body-space-expression: The development of Rudolf Laban's movement and dance concepts. Mouton De Gruyter.
- Falcone, F. (a cura di). (2011). Rudolf Laban. Corpo spazio espressione. L'Espos.
- METALOG GmbH & Co. KG. (s.d.). EmotionsCards [Strumento di formazione]. METALOG.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Colloquio motivazionale: L'arte di aiutare le persone a cambiare. Erickson.
- Minuchin, S. (1974). Families & family therapy. Harvard University Press.
- Mortari, L. (2003). Apprendere dall'esperienza. Carocci.
- Nicolai, G. (2010). Psicologia delle dipendenze. Il Mulino.
- Pontremoli, A. (2020). Danzare l'armonia. L'incontro tra musica e danza nelle corti italiane del XV secolo. CoSMo - Comparative Studies in Modernism.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton University Press.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Sacks, O. (1989). Seeing voices: A journey into the world of the deaf. University of California Press.
- Sborgi, C. (Trad.). (2018). Vedere voci: Un viaggio nel mondo dei sordi. Adelphi.
- Saramago, J. (1995). Ensaio sobre a cegueira.

Lisboa: Caminho.

- Saramago, J. (2013). *Cecità* (R. Desti, Trad.). Milano: Feltrinelli. (Opera originale pubblicata nel 1995)
- Schneider, T. R., & Schmitt, S. (2004). The role of neuroticism on psychological and physiological stress responses. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40(6), 795–804. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2003.11.004>
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
- Serra, R. (2019). *La forza delle donne: Promuovere empowerment e resilienza*. FrancoAngeli.
- Sperber, D., & Wilson, D. (1986). *Relevance: Communication and cognition*. Harvard University Press.
- Origgi, G. (Trad.). (1993). *La pertinenza*. Anabasi.
- Walsh, F. (2016). Family resilience: A developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology*, 13(3), 313–324. <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>
- Wello. (2020, May 27). *Il self-empowerment e il cambiamento possibile: La margherita delle possibilità per il cambiamento* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=xxxx>
- Zagatti, F. (n.d.). *Le parole per dirsi: Verso un lessico condiviso della danza di comunità*. Cfr. Web.

2.16

UN NUOVO APPROCCIO NELLE COMUNITÀ DI REINSERIMENTO PER POLIDIPENDENZA: PERSONALIZZAZIONE DELLA CURA E DE-PATOLOGIZZAZIONE

Novella M.*, Basciano A.

Cooperativa Sociale Arca di Como ~ Como ~ Italy

Il modello della Coop. Arca di Como per la cura delle poli-dipendenze prevede un approccio personalizzato e flessibile, integrando LIBET e sociogramma per comprendere il funzionamento individuale, rafforzare l'alleanza terapeutica e garantire continuità nel reinserimento sociale del paziente grazie allo sviluppo ed inserimento di follow-up

1. Introduzione e contesto

Le comunità di riabilitazione per poli-dipendenze rappresentano un contesto terapeutico residenziale cruciale nel trattamento della dipendenza, garantendo un servizio strutturato che renda possibile l'attivazione di processi di cura, ricostruzione identitaria e reinserimento sociale. Tali comunità si distinguono per l'adozione di un approccio integrato, multimodale e personalizzato, che riconosce la centralità dell'individuo e del contesto in cui è inserito (SerD, 2024).

Con il passare degli anni, è stato possibile osservare un cambiamento fenomenologico della dipendenza da sostanze che ha richiesto di conseguenza la necessità di adottare una prospettiva che non fosse focalizzata prettamente sulla diagnosi e sulla gestione della patologia. Di fatto, l'osservazione della media dei pazienti in carico evidenzia l'esigenza di sviluppare trattamenti personalizzati basati su una lettura più complessa ed articolata del funzionamento individuale del paziente. Un approccio terapeutico focalizzato sulle molteplici componenti personali sottostanti al Disturbo da Uso di Sostanze permetterebbe infatti una maggiore esplorazione delle vulnerabilità personali, evitando di conseguenza la riduzione del piano terapeutico ad una mera gestione comportamentale del craving. La regolazione emotiva, una maggiore consapevolezza delle proprie funzioni metacognitive, una maggiore flessibilità nell'impiego delle strategie di coping e le capacità di costruire legami significativi all'interno ed all'esterno del contesto comunitario diventano elementi centrali sia per quanto riguarda il trattamento, sia per la prevenzione di eventuali ricadute.

Questo contributo intende approfondire la necessità di

sviluppare approcci terapeutici personalizzati che siano in grado di integrare le dimensioni del funzionamento individuale – incluse vulnerabilità, strategie di regolazione emotiva e metacognitiva – con quelle del funzionamento sociale, per rispondere in modo più efficace e rispettoso alla complessità del percorso di cura del Disturbo da Uso di Sostanze.

2. Approccio personalizzato e funzionamento individuale

Un percorso personalizzato parte da un assessment multidisciplinare che indaga vulnerabilità bio-psico-sociali, comorbidità psichiatriche, risorse e network sociali (SERD, 2024). All'interno del setting terapeutico della comunità di reinserimento, l'assessment gioca un ruolo fondamentale nella costruzione di un progetto terapeutico individualizzato che sia finalizzato all'individuazione delle diverse componenti che caratterizzano il funzionamento individuale del paziente.

Un approccio riabilitativo autenticamente personalizzato richiede di andare oltre la diagnosi clinica per comprendere in profondità come la persona costruisce senso rispetto alla propria esperienza e come risponde, sul piano emotivo e comportamentale, alle sfide poste dal proprio contesto di vita. All'interno di una comunità di reinserimento per dipendenze, questo significa lavorare non solo sui comportamenti disfunzionali legati all'uso di sostanze, ma anche sulle motivazioni personali, sulle ferite biografiche, sui modelli appresi di gestione del dolore emotivo e sulle strategie che la persona ha sviluppato, anche se disfunzionali, per sentirsi al sicuro o per mantenere una certa coerenza interna. Ogni individuo porta con sé un insieme unico di vulnerabilità e risorse, spesso radicate in esperienze precoci, che influenzano profondamente la percezione di sé, degli altri e del mondo. Comprendere questi aspetti permette di co-costruire con la persona un percorso terapeutico in cui gli obiettivi non sono imposti dall'esterno, ma emergono dal riconoscimento condiviso delle aree critiche di funzionamento e delle potenzialità di cambiamento. In questa prospettiva, il trattamento si trasforma in un percorso volto alla promozione di un equilibrio interno più sostenibile piuttosto che alla sola cura del sintomo.

3. Inquadramento del funzionamento individuale tramite colloqui LIBET

Considerando quanto illustrato in precedenza, stiamo progressivamente integrando nella nostra pratica terapeutica un utilizzo flessibile della LIBET (Life Themes and Plans Implications of Biographical Evaluation and Therapy) come strumento di assessment del funzionamento individuale del paziente. Sviluppato da Sassaroli ed il suo gruppo di ricerca, la LIBET è un modello clinico strutturato di concettualizzazione del caso creato all'interno del paradigma della Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), con integrazioni da aree

costruttiviste, evolutive, e processuali.

La finalità di questa procedura è quella di condividere con il paziente il suo funzionamento ricostruendo i meccanismi che lo guidano nella vita di tutti i giorni, come si sono sviluppati e come sono collegati alla sua sofferenza attuale (Sassaroli, Bassanini, Redaelli, Caselli & Ruggiero, 2014). L'utilizzo della LIBET all'interno della comunità di reinserimento offre l'opportunità sia all'utente che all'équipe curante di comprendere fin dalla fase di assessment iniziale il funzionamento individuale all'interno della sua storia di vita – senza focalizzarsi prettamente sui sintomi – e di effettuare una formulazione individuale condivisa del percorso terapeutico. In sostanza, il fine è quello di individuare e dare un senso ai meccanismi – comportamentali, cognitivi e metacognitivi – instaurati nell'arco di vita che hanno contribuito allo sviluppo e al mantenimento del disturbo e/o della sofferenza psicologica (2014).

All'interno della cornice della comunità di reinserimento, la LIBET viene sviluppata nelle prime fasi del percorso attraverso dei colloqui strutturati (generalmente tre) dove si vanno ad individuare i “temi di vita” – vale a dire le vulnerabilità emotive corrispondenti alle credenze su sé stessi e sui propri stati mentali – e le strategie di coping – comportamentali e cognitive – utilizzate in maniera rigida per gestire il contatto con tali vulnerabilità. Questa prospettiva permette di spostare l'attenzione dalla mera diagnosi alla comprensione del senso soggettivo della sofferenza e dei meccanismi che la sostengono, individuando inoltre le variabili da osservare nel corso del trattamento per valutare il processo di cura e cambiamento del paziente. L'obiettivo non è solo identificare pattern disfunzionali del paziente, bensì costruire insieme una narrazione coerente e condivisa del proprio funzionamento, utile alla definizione di obiettivi terapeutici realistici e motivanti. L'approccio non viene applicato in modo rigido, ma integrato ad altri strumenti clinici – nel rispetto della complessità del caso e del contesto comunitario – in modo tale da avere un modello di riferimento per prevenire e curare eventuali ricadute o periodi di acutizzazione della sofferenza del paziente.

Dalla nostra esperienza, l'integrazione della LIBET ha dimostrato di rafforzare fin da subito l'alleanza terapeutica, promuovendo una maggiore consapevolezza nei pazienti e facilitando una progettualità realmente condivisa con l'équipe. L'approccio si configura come una possibile innovazione clinica nel lavoro di comunità, capace di promuovere il reinserimento sociale valorizzando la soggettività, le risorse relazionali e la storia individuale. In conclusione, l'utilizzo della LIBET rappresenta un passo verso una presa in carico più sensibile alla complessità dell'esperienza umana, orientata non solo alla riduzione della sofferenza ma alla costruzione di un cambiamento autentico e duraturo.

4. Inquadramento delle dinamiche sociali tramite Sociogramma

Il sociogramma rappresenta un metodo per visualizzare le relazioni tra i residenti, individuare peer-influencers e comprendere la struttura delle dinamiche di gruppo (Nath et al., 2022). Consente di:

- Rilevare influenze sociali positive e negative (dentro e fuori la comunità; del passato e del presente)
 - Punto di partenza per chiarire rapporti ambigui e rischiosi
 - Identificare soggetti isolati o emarginati
 - Favorire interventi mirati su coesione e integrazione
- All'interno del lavoro clinico nella Coop. Soc. Arca di Como il sociogramma costituisce uno strumento metodologico che ci ha permesso di rappresentare e analizzare le dinamiche relazionali dei pazienti. Tramite esso è stato possibile collaborare più facilmente con l'utenza per rendere visibili le connessioni tra l'individuo e la sua rete sociale e come tali rapporti si legano alla dipendenza.

Nel contesto comunitario, tale approccio non si limita a una descrizione statica delle reti sociali, ma si configura come un dispositivo di monitoraggio longitudinale delle trasformazioni interpersonali che accompagnano il percorso di cura e riabilitazione.

L'utilizzo del sociogramma in tre momenti specifici – T0, T1 e T2 – consente di ottenere una mappatura evolutiva delle relazioni. Al tempo T0, corrispondente alla fase pre-ingresso, il sociogramma restituisce lo stato dell'arte della rete sociale del soggetto, spesso caratterizzata da legami fragili, disfunzionali o strettamente connessi ai contesti di consumo. Al tempo T1, in coincidenza con l'inizio della fase finale di reintegrazione sociale, lo strumento evidenzia il consolidarsi di competenze relazionali più adattive e la capacità di instaurare rapporti cooperativi con pari ed educatori. Infine, a T2, durante il follow-up, il sociogramma permette di valutare la qualità e la stabilità dei legami sviluppati, sia nei casi in cui l'utente permanga in strutture residenziali a bassa soglia (housing sociale) sia quando egli sia indipendente ma prenda parte ai gruppi di ex utenti.

In tale prospettiva, il sociogramma non assume esclusivamente una funzione diagnostica, ma anche prognostica, in quanto consente di identificare risorse relazionali attivabili e potenziali fattori di vulnerabilità. L'integrazione sistematica di questo strumento nei percorsi comunitari favorisce pertanto una comprensione più approfondita dei processi di cambiamento e contribuisce a rafforzare la rete sociale come elemento protettivo centrale nella prevenzione delle ricadute e nella promozione di una reintegrazione sociale stabile.

5. Follow-Up

Clinicamente parlando, il follow-up rappresenta una fase cruciale nel percorso terapeutico, poiché coincide con il delicato momento di transizione in cui l'utenza inizia a vivere al di fuori della comunità (Laffaye et al.,

2008). In questa fase, la presenza di una rete sociale significativa, la continuità del supporto offerto dall'équipe terapeutica e la capacità dell'individuo di gestire eventuali ricadute senza essere sottoposto a stigma sono alcuni dei fattori che – dalla nostra esperienza – si rivelano determinanti per il successo del percorso di recupero.

Dal nostro punto di vista, la delicatezza di questa fase richiede la necessità di una strutturazione flessibile e tutelante – permettendo una personalizzazione delle risorse e delle opportunità messe a disposizione dell'utente – che risponda adeguatamente alle specifiche esigenze del paziente. In tale ottica, la Cooperativa Sociale Arca di Como offre ai propri utenti diverse possibilità di supporto e accompagnamento. Tra queste, si annoverano gli alloggi con affitti calmierati in strutture residenziali a bassa soglia, come il pensionato, concepito come step intermedio volto a favorire la sperimentazione dell'autoprotezione e dell'autonomia individuale. Per i residenti in tali strutture, la struttura offre colloqui periodici di monitoraggio, finalizzati a garantire un sostegno continuo e un confronto costante sulle difficoltà e i progressi. In questo modo, il mantenimento di un rapporto con l'équipe curante permette di accompagnare gradualmente il paziente ad un ottenimento totale della propria autonomia, soprattutto nei casi dove il reinserimento sociale presenta maggiori difficoltà, che siano esse causate da motivazioni economiche, relazionali o da uno scarso senso di autoefficacia.

Parallelamente, vengono organizzati gruppi di ascolto dedicati agli ex-utenti, finalizzati non solo al monitoraggio del loro percorso di recupero, ma anche a offrire uno spazio sicuro e protetto dove poter condividere le proprie difficoltà, riconoscere e valorizzare le risorse personali, e ricevere sostegno emotivo. Questi gruppi rappresentano un'occasione preziosa di confronto e crescita, permettendo agli ex-utenti di mantenere un legame positivo con la comunità e di sostenersi reciprocamente nel percorso di reinserimento sociale.

Un aspetto particolarmente interessante di questi gruppi è la possibilità di favorire il confronto tra utenti con tempi di uscita differenti, mettendo in relazione chi si è reinserito da più anni con chi ha appena iniziato questo percorso. Inoltre, non viene attuata una reale esclusione nei confronti di chi utilizza sostanze, salvo nei casi in cui la persona si presenti alterata o fortemente intrappolata nella dipendenza. Il rationale sottostante a questo approccio è offrire un contesto di confronto che evidenzia le molteplici sfaccettature dei percorsi di recupero, dove l'astinenza non rappresenta l'unico valore da premiare, ma assume centralità la capacità di prevenire e gestire efficacemente eventuali ricadute.

Inoltre, oltre agli strumenti offerti dalla struttura, si suggerisce ed incoraggia alla partecipazione a gruppi di auto-mutuo-aiuto quali Alcolisti Anonimi (AA), Narcotici Anonimi (NA) e Smart Break for New Trends

(SBNT), riconosciuti per il loro ruolo di sostegno sociale e motivazionale. Infine, un ulteriore strumento di supporto consiste nel mapping della rete sociale di supporto, utile per individuare e valorizzare le relazioni significative che possono sostenere l'utente nel percorso di reinserimento sociale.

6. Depatologizzazione della dipendenza come valore trasversale

Il modello comunitario descritto in questo articolo si fonda su una prospettiva innovativa e strutturalmente più avanzata, centrata sulla depatologizzazione della dipendenza. In tale visione, l'abuso di sostanze e la dipendenza non vengono più letti come espressioni di colpa individuale o devianza morale, bensì come strategie disfunzionali – talvolta parzialmente adattive – impiegate per fronteggiare vissuti emotivi dolorosi e bisogni profondi non soddisfatti, quali il desiderio di relazione, di significato, di appartenenza e di riconoscimento.

Questo approccio si oppone quindi a qualsiasi forma di stigmatizzazione del paziente (Zwick, J., Appleseth, H. & Arndt, 2020), promuovendo una lettura complessa e umanistica della sofferenza legata all'uso di sostanze. Uno degli obiettivi fondamentali di questo modello è la riduzione dello stigma e del giudizio sociale storicamente associati ai disturbi da uso di sostanze (Crapanzano et al., 2019). Tale trasformazione culturale passa necessariamente attraverso l'adozione di una concezione empatica priva di dogmi moralistici, come sottolineato anche nelle più recenti linee guida dei servizi (SerD, 2024). Ne consegue un cambiamento sostanziale nella definizione stessa degli obiettivi terapeutici. De-patologizzare la dipendenza significa, infatti, spostare il focus dall'eliminazione della sostanza alla riattivazione delle competenze cognitive ed auto-regolatore dell'individuo, nonché alla ricostruzione di una rete sociale significativa, in grado di sostenere un reale percorso di reintegrazione. All'interno di questa cornice, come spiegato nei paragrafi precedenti, l'intervento terapeutico si propone piuttosto l'obiettivo di favorire un processo di ricostruzione del soggetto nella sua interezza, valorizzando le risorse personali e spostando l'attenzione sull'ottenimento di una maggiore flessibilità – cognitiva e comportamentale – che favorisca il reinserimento sociale del paziente.

In conclusione, il modello comunitario rappresenta oggi una delle risposte più avanzate e rispettose della complessità del fenomeno delle dipendenze. Le comunità diventano, in questa prospettiva, servizi nei quali il recupero non è solo ottenimento e mantenimento dell'astinenza, ma soprattutto ricostruzione del sé e reinserimento nel tessuto sociale.

Bibliografia

- Crapanzano KA, Hammarlund R, Ahmad B, Hunsinger N, Kullar R. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Subst Abuse Rehabil.* 2019;10:1-12. <https://doi.org/10.2147/SAR.S183252>
- Laffaye C, McKellar JD, Ilgen MA, Moos RH. Predictors of 4-year outcome of community residential treatment for patients with substance use disorders. *Addiction.* 2008 Apr;103(4):671-80. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02147.x. PMID: 18339113.
- Nath, S., Warren, K., & Paul, S. (2022). Identifying peer influence in therapeutic communities. *arXiv.* arxiv.org
- S. Sassaroli, A. Bassanini, C.A. Redaelli, G. Caselli, G. M. Ruggiero (2014) "Uno Studio Pilota Su Un Modello Di Concettualizzazione Del Caso Clinico: Life Themes And Plans Implications Of Biased Beliefs: Elicitation And Treatment (Libet). X Congresso Nazionale SPR-Italy Area Group, 12-13-14 settembre 2014, Padova
- SERD. (2024). Il percorso di cura nei SerD: personalizzazione e follow up. [effettoindipendenza.it+1iltuo-psicologo.it+1](https://www.effettoindipendenza.it+1iltuo-psicologo.it+1)
- Zwick, J., Appleseth, H. & Arndt, S. Stigma: how it affects the substance use disorder patient. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 15, 50 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00288-0>

2.17

IL PARENT TRAINING APPLICATO A GRUPPI DI GENITORI DI SOGGETTI TOSSICODIPENDENTI: CONSIDERAZIONI SULLA SECONDA EDIZIONE

Novara M.G.*, Faliero I., Pollina P.

U.O.C. Dipendenze Patologiche Asp 9 Trapani ~ Trapani ~ Italy

Il Parent Training rivolto ad un gruppo di genitori di soggetti tossicodipendenti, valutato mediante FAD e griglia osservativa in un disegno test-retest, evidenzia una significativa riduzione delle disfunzioni familiari e un'evoluzione dei processi di gruppo, con transizione da dinamiche ansiogene e conflittuali a cooperazione ed empatia.

Introduzione

Il presente lavoro si iscrive nelle azioni programmatiche avviate al SerD di Trapani – Pantelleria sul coinvolgimento delle famiglie nella cura, nel trattamento e nella riabilitazione dei propri pazienti. In particolare, questo contributo descrive l'esperienza della seconda edizione del progetto Parent Training, evidenziandone i punti di forza e le criticità.

Il nostro vertice osservativo parte dalla considerazione che la tossicodipendenza rappresenta una condizione clinico-sociale che impatta in profondità non solo sull'individuo, ma anche sull'intero sistema familiare. In particolare, osserviamo quotidianamente che i genitori di soggetti dipendenti manifestano elevati livelli di stress, ansia, colpa e difficoltà comunicative, con un progressivo deterioramento delle relazioni intrafamiliari. In questo contesto, il Parent Training, strumento originariamente sviluppato per supportare i genitori di bambini con disturbi del comportamento, si configura come uno strumento efficace anche nell'ambito delle dipendenze patologiche.

Il dispositivo qui utilizzato su un campione di genitori di soggetti tossicodipendenti viene affiancato da una valutazione dell'efficacia mediante due strumenti complementari: il Family Assessment Device (FAD) e una griglia osservativa dei processi di gruppo. Il disegno metodologico prevede due momenti di rilevazione (test e retest). I risultati, in questo modo, riflettono il cambiamento avvenuto nel corso dell'esperienza, evidenziando quantitativamente e qualitativamente il processo di cambiamento. Il contributo si conclude con riflessioni teoriche e pratiche sulle implicazioni di que-

sto approccio e sulle prospettive operative future.

Inquadramento

La tossicodipendenza continua a costituire una delle problematiche sanitarie e sociali più rilevanti a livello globale. L'UNODC (2023) stima che oltre 35 milioni di persone nel mondo soffrano di disturbi correlati all'uso di sostanze, con significative ricadute sulla salute pubblica, sui sistemi di cura e sui contesti familiari. In Italia, il Dipartimento Politiche Antidroga segnala un aumento delle richieste di trattamento presso i servizi per le dipendenze, con un'incidenza maggiore nella fascia giovanile e giovane adulta.

Le conseguenze della tossicodipendenza non si limitano al soggetto dipendente. La famiglia, e in particolare i genitori, vivono una condizione di stress cronico che può tradursi in disfunzioni comunicative, conflitti, rigidità dei ruoli, perdita di fiducia e senso di impotenza. Numerose ricerche (Cirillo et al. 2017; Copello et al., 2010; Orford et al., 2013, Cancrini, 2003, Rigliano, 1993) dimostrano come la qualità del funzionamento familiare incida direttamente sulla prognosi del trattamento e sulla probabilità di ricaduta del soggetto dipendente.

Il Parent Training è un programma psicoeducativo che nasce negli anni '70 negli Stati Uniti (Kazdin, 2005) per supportare i genitori di bambini con disturbi della condotta. Esso si fonda su tecniche comportamentali e comunicative volte a rafforzare le competenze educative, migliorare le strategie di gestione dei conflitti e incrementare la resilienza familiare. Negli ultimi due decenni, l'approccio è stato progressivamente esteso a contesti diversi, tra cui la disabilità, i disturbi dell'apprendimento e, più recentemente, le dipendenze patologiche.

Tuttavia, la letteratura sull'uso del Parent Training con i genitori di tossicodipendenti è ancora limitata. La famiglia rimane spesso esclusa dai programmi terapeutici, considerata più come fonte di problemi che come risorsa. Al contrario, recenti modelli di intervento sottolineano l'importanza di includere i genitori nel percorso di cura, non solo per sostenerli psicologicamente, ma anche per costruire un ambiente familiare più funzionale, in grado di favorire la riabilitazione del figlio.

Il presente lavoro intende contribuire a questo filone, promuovendo in modo stabile una programmazione di gruppi di Parent Training nel nostro SerD, valutando gli apprendimenti attraverso due strumenti: il Family Assessment Device (FAD), questionario standardizzato che misura il funzionamento familiare, e una griglia osservativa dei processi di gruppo, utile a monitorare la qualità delle interazioni, delle emozioni e delle dinamiche emerse durante gli incontri.

Obiettivi e ipotesi di lavoro

L'obiettivo generale del lavoro è la condivisione del progetto esperienziale e la valutazione dell'efficacia di

un programma di Parent Training rivolto a genitori di tossicodipendenti. Gli obiettivi specifici sono:

1. Analizzare, tramite il FAD, i cambiamenti nelle principali dimensioni del funzionamento familiare.
2. Rilevare, attraverso la griglia osservativa, le trasformazioni qualitative nelle dinamiche di gruppo (clima, emozioni, comunicazione, relazioni).
3. Integrare i dati quantitativi e qualitativi per una valutazione complessiva dell'intervento.

Le ipotesi che ci guidano sono due:

- Ipotesi quantitativa: i punteggi del FAD al post-test (T1) risulteranno significativamente più bassi rispetto al pre-test (T0) nelle dimensioni Comunicazione, Problem solving, Reattività affettiva e Funzionamento generale così come evidenziato dalla letteratura.
- Ipotesi qualitativa: le osservazioni tramite la griglia evidenzieranno un'evoluzione del gruppo da dinamiche caratterizzate da ansia, conflitto e frammentazione comunicativa a processi più collaborativi, empatici e orientati al compito.

Metodologia

Partecipanti Il campione di questa seconda edizione è composto da tre coppie di genitori e tre madri che hanno partecipato da sole, di età compresa tra i 52 e gli 82 anni, con figli in trattamento per disturbo da uso di sostanze, sia in carico ambulatorialmente al SerD che inseriti presso comunità terapeutiche. I criteri di inclusione hanno previsto:

- essere genitori biologici o adottivi del soggetto tossicodipendente;
- disponibilità a partecipare agli incontri di gruppo;
- assenza di gravi patologie psichiatriche non trattate.

Metodo

Lo studio utilizza un disegno test-retest, con due momenti di rilevazione:

- T0 (pre-test): somministrazione del FAD
- T1 (post-test): nuova somministrazione del FAD al termine del percorso (6 incontri)
- Per ogni sessione un osservatore ha compilato la griglia osservativa. Non è stata prevista una fase intermedia, al fine sia di semplificare il disegno e concentrarsi sull'effetto globale dell'intervento, ma anche per la brevità del percorso.

Strumenti

- Family Assessment Device (FAD): 60 item, suddivisi in 7 scale (Problem solving, Comunicazione, Ruoli, Reattività affettiva, Coinvolgimento affettivo, Controllo comportamentale, Funzionamento globale) con risposte a scala Likert a 4 punti. Punteggi più alti (maggiore di 2) indicano maggiore problematicità del funzionamento familiare.
- Griglia osservativa: compilata dall'osservatrice, consente di rilevare clima, emozioni prevalenti, qualità della comunicazione, qualità delle relazioni, difese e tenuta sul compito. Struttura del Parent Training Il

programma si è articolato in 6 incontri quindicinali di 90 minuti ciascuno. Le tematiche affrontate includono:

1. Informazioni psicoeducative sulla tossicodipendenza.
2. Strategie di comunicazione assertiva.
3. Gestione dei conflitti familiari.
4. Tecniche di coping per lo stress genitoriale.
5. Definizione dei ruoli e dei confini familiari.
6. Consolidamento delle competenze e pianificazione a lungo termine.

Gli incontri hanno previsto una parte teorica, una parte di discussione di episodi di vita familiare utilizzati come case study e momenti di condivisione in gruppo.

Sono stati coinvolti inoltre tutte le professionalità del SerD (medico, psicologo, assistente sociale) che di volta in volta hanno presentato ruolo e funzioni all'interno del servizio.

La gestione del dispositivo è stata affidata a due psicologhe, una con funzione di conduzione, l'altra come osservatrice partecipante.

Risultati

Questionario FAD

Dall'analisi dei questionari somministrati in entrata, rispetto a quelli somministrati in uscita, possiamo qui sintetizzare i dati maggiormente salienti ed i miglioramenti più significativi tra T0 e T1:

- Comunicazione: da media 2,5 (T0) a 1,7 (T1).
- Problem solving: da media 2,6 (T0) a 1,9 (T1).
- Reattività affettiva: da media 2,4 (T0) a 1,9 (T1).
- Funzionamento generale: da media 2,7 (T0) a 2,00 (T1).

Le scale Ruoli, Coinvolgimento affettivo e Controllo comportamentale mostrano miglioramenti più contenuti, soprattutto quest'ultima, elemento già emerso nella prima edizione del progetto, a testimoniare come la gestione comportamentale degli eventi problema necessiti di maggiore attenzione e tempo.

Griglia osservativa

Oltre ai dati quantitativi emersi dal Family Assessment Device (FAD), sono stati raccolti dati qualitativi attraverso la griglia osservativa di gruppo compilata ad ogni incontro. Durante le sessioni sono emersi temi ricorrenti legati a:

- Life-work balance: difficoltà dei genitori a conciliare la gestione della tossicodipendenza del figlio con la vita lavorativa e familiare quotidiana.
- Engagement e commitment: i genitori hanno mostrato progressivamente un maggiore coinvolgimento nel percorso, passando da un atteggiamento inizialmente diffidente a uno più attivo e propositivo.
- Ruolo genitoriale: sono stati frequenti i vissuti di smarrimento e colpa ("non so più come comportarmi"), successivamente rielaborati in termini di ridefinizione del ruolo educativo.
- Cittadinanza organizzativa: i genitori hanno espresso

il bisogno di sentirsi parte di una rete più ampia di supporto, valorizzando la collaborazione con i servizi socio-sanitari. Processi del gruppo: Clima ed emozioni prevalenti

- Inizio percorso: prevalenza di emozioni negative (paura, ansia, senso di colpa, rabbia verso il figlio e i servizi).
- Fase intermedia: comparsa di sentimenti di fiducia reciproca, con riduzione della tensione e maggiore apertura al confronto.
- Fine percorso: prevalenza di soddisfazione, con alcuni momenti di gratitudine condivisa. Qualità della comunicazione
- Inizialmente frammentaria, con molti silenzi e difficoltà a condividere vissuti personali.
- Con il progredire del training, la comunicazione è diventata progressivamente più fluente e intensa, favorita dall'uso di esercizi di ascolto attivo. Qualità delle relazioni nel gruppo
- Da una fase iniziale di competizione (ricerca di legittimazione del proprio dolore) si è passati a dinamiche di cooperazione e riconoscimento reciproco.
- È emersa progressivamente empatia tra i genitori, con scambi di strategie pratiche ("io con mio figlio ho provato a fare così...").
- Episodi di ostilità o disconferma sono diminuiti nel corso degli incontri. Difese e tenuta sul compito
- Prime sessioni: frequente "fuga nel passato" (racconti ripetuti degli episodi traumatici vissuti) e "fuga all'esterno" (attribuzione della colpa esclusivamente ad alcuni familiari, ai servizi o alla società).
- Fase intermedia: comparsa di "confusione di ruolo" (incertezza su come comportarsi come genitori), talvolta con sottogruppi spontanei (madri/padri).
- Ultime sessioni: maggiore tenuta sul compito, con riduzione delle difese disfunzionali e orientamento alla ricerca di soluzioni concrete. Atteggiamento verso il setting
- I genitori hanno inizialmente mostrato diffidenza verso il setting, pur essendo spinti da un autentico bisogno di aiuto e conoscenza.
- Con il tempo, hanno percepito il gruppo come uno strumento di riconoscimento e restituzione, mostrando cooperazione crescente. Sintetizzando quindi, il confronto qualitativo tra pre e post mostra:
 - Clima: da prevalenza di paura, ansia e rabbia (T0) a fiducia, serenità e soddisfazione (T1).
 - Comunicazione: da silenziosa e frammentaria (T0) a fluente e intensa (T1).
 - Relazioni: da competizione e disconferma (T0) a cooperazione ed empatia (T1).
 - Difese: da fuga e ostilità (T0) a maggiore tenuta sul compito e capacità di elaborazione condivisa (T1).

In sintesi, l'integrazione tra FAD e griglia osservativa suggerisce che il Parent Training non solo migliora gli indicatori quantitativi del funzionamento familiare, ma trasforma anche i processi qualitativi del gruppo, favo-

rendo fiducia, cooperazione ed empatia.

Discussione

I dati, sia quantitativi che qualitativi, confermano l'utilità del Parent Training come spazio di sostegno e conoscenza tra i genitori dei nostri utenti.

Dal punto di vista quantitativo, i punteggi del FAD evidenziano miglioramenti rilevanti in comunicazione, problem solving e reattività affettiva, cioè proprio le aree più compromesse dalla tossicodipendenza. La riduzione del punteggio nella scala Funzionamento generale testimonia un miglioramento globale percepito.

Dal punto di vista qualitativo, la griglia osservativa documenta un'evoluzione significativa dei processi di gruppo: da un clima iniziale di sfiducia e ansia si passa a un contesto di maggiore cooperazione e sostegno reciproco. I genitori hanno acquisito strumenti concreti per affrontare le difficoltà, e sviluppato un senso di appartenenza che riduce l'isolamento e la stigmatizzazione.

Questi esiti risultano in linea con la letteratura nazionale e internazionale. Cancrini et al. (2003) sottolineano che il coinvolgimento dei familiari nei trattamenti di dipendenza riduce i costi sociali e migliora gli outcome terapeutici. Barlow et al. (2016) confermano che i programmi di parent training di gruppo favoriscono il benessere psicologico dei genitori, con ricadute positive anche sui figli.

Punti di forza

- Uso combinato di strumenti quantitativi e qualitativi.
- Approccio di gruppo, che stimola il supporto reciproco.
- Disegno test-retest, semplice ma efficace per valutare i cambiamenti.

Limiti

- Numero ancora troppo esiguo di edizioni per poter effettuare una valutazione più robusta del dispositivo.
- Campione limitato di partecipanti.
- Mancanza di follow-up a lungo termine per verificare la stabilità dei risultati.

Conclusioni e riflessioni finali

Il Parent Training applicato ai genitori di soggetti tossicodipendenti emerge come un intervento promettente, capace di incidere positivamente sul funzionamento familiare e sulle dinamiche relazionali. L'integrazione tra FAD e griglia osservativa permette di cogliere sia l'effetto diretto sia le trasformazioni qualitative del gruppo, offrendo una valutazione multidimensionale e completa.

Sul piano pratico, il coinvolgimento dei genitori nei percorsi terapeutici per le dipendenze non deve essere considerato marginale, ma una componente essenziale. Sostenere i genitori significa non solo migliorare la qualità della loro vita, ma anche creare le condizioni per un contesto familiare più favorevole al recupero dei figli.

Le riflessioni finali suggeriscono che il Parent Training non si limita a trasmettere competenze, ma svolge una funzione trasformativa: riduce il senso di solitudine, costruisce una rete di sostegno tra pari, restituisce ai genitori fiducia nelle proprie capacità educative e favorisce una visione più equilibrata del ruolo genitoriale.

Le prossime edizioni dovrebbero validare empiricamente questi risultati, ampliare il campione, allungare il numero di sessioni e introdurre follow-up longitudinali per verificare la tenuta dei cambiamenti nel tempo. Allo stesso modo, sarebbe utile integrare al FAD altri strumenti di valutazione, come scale di resilienza e misure di qualità della vita, per avere un quadro ancora più completo.

In definitiva, il Parent Training, se adeguatamente strutturato e valutato, può diventare un tassello fondamentale nei programmi di prevenzione e trattamento delle tossicodipendenze, ponendo i genitori non più solo come elementi marginali e quasi iatrogeni, ma come fattori importanti del processo di cura.

Bibliografia

- Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V., & Bennett, C. (2016). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD002020. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002020.pub3>
- Cancrini, L., (2003) *Schiavo delle mie brame*. Frassinelli. Milano
- Cirillo, S. et al. (2017). *La famiglia del tossicodipendente*. Ed. Raffaello Cortina
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J., & Velleman, R. (2010). Family members and carers of drug misusers in England: Problems, costs and support. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 62–80. <https://doi.org/10.3109/09687630902828452>
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. Oxford University Press.
- Orford, J., Copello, A., Templeton, L., & Velleman, R. (2013). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20(1), 36–43.
- Rigliano, P. (1993). *Famiglia e tossicodipendenza. La sofferenza e il suo superamento*. Ed. Città Nuova.
- Templeton, L., Velleman, R., Hardy, E., & Boon, S. (2010). Young people living with parental alcohol misuse and parental violence: «No-one has ever asked me how I feel in any of this.» *Journal of Substance Use*, 14(3–4), 139–150.

2.18

"AREA GIOVANI – UNDER 25" DEL SERD DI BOLZANO: UN'ANALISI INTERNA SUL PAZIENTE GIOVANE

Duca P. ^[1], Tommasello E. ^[1], Umari T. ^[1], Meraner B. ^[1],
Parolari S. ^[2]

^[1] Azienda Sanitaria dell'Alto Adige - SerD ~ Bolzano ~ Italy,

^[2] Associazione Hands Onlus ~ Bolzano ~ Italy

L'analisi interna del SerD di Bolzano esplora le rappresentazioni dei pazienti under 25. Temi chiave: accesso mediato, ruolo dei familiari, diffidenza iniziale, ambivalenza al percorso di cura, centralità della relazione con gli operatori, percezione delle attività, limiti dello spazio e stigma, e tensione tra bisogno di supporto e autonomia.

Introduzione

Questo lavoro nasce dall'esigenza di comprendere la rappresentazione nei pazienti under 25 del servizio e dell'area giovani del SerD a loro dedicata in modo strutturato da un paio di anni presso il servizio di Bolzano.

L'intenzione è quella di esplorare le rappresentazioni che i pazienti elaborano riguardo all'offerta clinica ed educativa dell'area giovani del SerD, con l'obiettivo di coglierne i significati impliciti e le dinamiche relazionali che possono favorire o ostacolare la costruzione di un'alleanza ed un'efficacia terapeutica.

Conoscere il modo in cui i pazienti esperiscono il servizio è importante per orientare le risorse e utilizzare in modo ottimale gli strumenti clinici a disposizione, nonché mantenere un dialogo costante con i bisogni e il funzionamento di una popolazione clinica in costante cambiamento e fortemente sollecitata.

Il presente lavoro si fonda sul confronto interno tra operatori del servizio, primo passo e primo riflesso delle rappresentazioni dei pazienti curati presso il nostro servizio. Si è deciso di intraprendere questo progetto dedicando uno spazio alla percezione interna degli operatori delle rappresentazioni, delle aspettative, delle valutazioni sui propri pazienti, per sottolineare l'importanza della traccia che il paziente lascia sui propri psicologi, sui propri educatori, medici, assistenti sociali, infermieri, oss (operatori da ora in poi chiamati "curanti"). Ogni "curante" è il catalizzatore delle proiezioni del paziente, soprattutto di contenuti "indigesti" e difficilmente rappresentabili, con la funzione,

la *révêrie*, di contenerli e trasformarli in qualcosa di tollerabile, pensabile (Bion, 1962).

Un ulteriore spunto di riflessione viene dalla prospettiva intersoggettiva e relazionale, per cui le "proiezioni" del paziente sono sempre co-costruite nella relazione. Questo impone al "curante" di interrogarsi sulla natura dei contenuti ricevuti dal paziente e sulla natura dei propri, che utilizza per comprendere, rielaborare, co-costruire e quindi restituire all'interno della relazione al paziente. In questo senso porsi il "problema" del punto di vista del paziente, va inteso come un tentativo di estendere la *révêrie* ad un piano istituzionale rispetto alla cura fornita ad una intera gruppabilità di pazienti.

Presupposti teorici dell'analisi interna

L'obiettivo di questo lavoro è dare fondamento ad uno studio pilota ed iniziare una ricerca mirata allo sguardo del paziente. L'introduzione è funzionale a ricordare il limite, in senso generativo e negativo, dello sguardo dei "curanti" e della funzione dei conduttori di questa riflessione e di questo progetto di ricerca.

Questo presupposto giustifica l'intenzione di procedere in questo progetto di ricerca utilizzando un quadro teorico costruttivista, in quanto funzionale al nostro quesito, poiché in questo modo s'intende la conoscenza come il risultato di un processo attivo di costruzione da parte del soggetto, piuttosto che come una mera riproduzione della realtà oggettiva (Von Glasersfeld, 1995). In quest'ottica, le rappresentazioni non sono semplici copie del mondo esterno, bensì configurazioni cognitive ed emotive attraverso le quali gli individui interpretano, organizzano e danno significato alla propria esperienza.

Nello specifico, il concetto di rappresentazione sociale (Moscovici, 1961/2005) risulta particolarmente rilevante per comprendere come i pazienti elaborino e condividano visioni soggettive e collettive del servizio. Le rappresentazioni sociali costituiscono infatti sistemi di valori, idee e pratiche che permettono agli individui di orientarsi all'interno di un contesto complesso, fungendo da griglie interpretative e da strumenti di comunicazione interpersonale. Esse svolgono la funzione di mediazione tra dimensione individuale e collettiva, consentendo la costruzione di significati condivisi. In ambito clinico, adottare una prospettiva costruttivista implica riconoscere che l'esperienza del servizio da parte dei pazienti non può essere compresa unicamente in termini oggettivi o prestazionali, ma deve essere indagata attraverso le rappresentazioni che essi costruiscono e negoziano nel corso del trattamento (Neimeyer, 2009). Queste rappresentazioni influenzano la percezione di accessibilità, l'adesione terapeutica e la qualità dell'alleanza con gli operatori, costituendo quindi un elemento cruciale per comprendere i processi di funzionamento e le criticità dei servizi sanitari dedicati a questa popolazione.

Metodo, il confronto interno

Il metodo scelto per avviare questo percorso è stato quello di partire da un confronto interno tra operatori, utilizzando come base di riflessione l'esperienza clinica diretta con i pazienti, quindi tutto il materiale derivato dall'incontro con i pazienti, i feedback, i vissuti controtransferali, le critiche, i ringraziamenti, le proteste. L'obiettivo non è stato trarre conclusioni definitive, quanto di mettere in circolo domande, impressioni, letture condivise, che possano diventare la base per una futura ricerca sul campo più strutturata.

L'indagine interna si è articolata attorno ad alcune aree. Nel seguito riportiamo le considerazioni emerse.

1. L'accesso al servizio

Come entrano i giovani nell'Area? La maggior parte non lo fa di propria iniziativa: spesso sono i genitori a spingerli, talvolta i servizi sociali o altre figure di riferimento. Più raramente si tratta di un passo autonomo o di una scelta spontanea. Questo ci porta a riflettere su quanto il primo contatto con il SerD sia segnato da una dimensione eterodiretta, che rischia di incidere sulla motivazione e sul vissuto di obbligo.

Dal nostro confronto emerge la consapevolezza che molti ragazzi arrivano al servizio non sentendosi protagonisti della decisione. Questo influenza il modo in cui percepiscono l'ingresso: non tanto come una possibilità di aiuto, quanto come un vincolo.

2. Aspettative e timori all'ingresso

Il passo successivo riguarda ciò che i giovani si aspettano di trovare. Le rappresentazioni iniziali oscillano tra due poli: da un lato il timore di controllo e giudizio, dall'altro la speranza di trovare aiuto. Alcuni ragazzi arrivano convinti di dover sottostare a regole rigide, sorvegliati da adulti che li trattano da incapaci; altri temono i farmaci o l'esposizione ai genitori; altri ancora sperano semplicemente di incontrare qualcuno che li ascolti.

Questo ci interroga sul modo in cui comunichiamo cosa è il SerD e su quanto riusciamo a trasmettere già al primo contatto un'immagine accogliente piuttosto che di sorveglianza.

3. Il primo impatto

Il primo giorno segna spesso uno spartiacque. Per alcuni è un'inedita esperienza di comprensione, di uno spazio di ascolto. Per altri sembra essere un momento di estraneità o di distacco, in cui non c'è ancora la disponibilità a fidarsi. L'accoglienza è quindi vissuta in modo ambivalente: può aprire una porta o rinforzare la distanza. Gli operatori notano come sia decisivo non solo ciò che viene detto, ma anche il clima emotivo percepito. Un ragazzo può uscire dal primo incontro con la sensazione di avere trovato uno spazio utile, oppure con l'impressione di non essere ancora pronto a lasciarsi aiutare.

4. Trasformazioni dell'esperienza

Col tempo, l'immagine del SerD cambia. In più di un caso, chi era arrivato diffidente si è reso conto di trovare un luogo più umano, fatto di operatori disponibili e capaci di reggere le difficoltà. Altri, invece, restano più scettici e faticano a riconoscere un reale beneficio, percependo il percorso come un contenimento necessario ma non trasformativo.

Questa oscillazione ci ricorda che la rappresentazione del servizio non è statica: evolve, può migliorare o irrigidirsi, a seconda di ciò che avviene nella relazione terapeutica e nelle esperienze quotidiane.

5. La relazione con gli operatori

Su questo punto il confronto tra operatori è stato molto convergente. I ragazzi danno grande valore alla qualità della relazione. Non chiedono solo competenze tecniche, ma soprattutto presenza, ascolto autentico, capacità di non giudicare, disponibilità ad accompagnarli, tempo, tanto tempo. Quando percepiscono questo, il SerD diventa uno spazio di fiducia.

I pazienti attribuiscono valore alla qualità del rapporto con gli operatori, evidenziando bisogni legati al supporto, alla socialità, all'affettività, all'ascolto, alla fiducia e all'empatia. La letteratura conferma come la relazione terapeutica e l'alleanza costituiscano fattori predittivi fondamentali dell'esito positivo del trattamento, anche nei contesti di dipendenza (Meier et al., 2005; Bordin, 1979).

La relazione diventa quindi il cuore della rappresentazione del servizio. È in essa che i ragazzi trovano o meno motivazioni per restare, per aprirsi, per investire sul percorso.

6. L'offerta di attività

L'Area Giovani propone numerose attività: laboratori, sport, lavoro con gli animali, momenti di gruppo, accompagnamenti. Tuttavia, non tutti i ragazzi ne usufruiscono. Alcuni le apprezzano, altri le trovano poco attrattive, altri ancora non vi partecipano per difficoltà personali. In alcuni casi emerge la richiesta di proposte più vicine agli interessi giovanili.

Gli operatori si chiedono se le attività siano sempre percepite come parte integrante del percorso terapeutico o se restino marginali. C'è il rischio che diventino un "di più" che non riesce ad agganciare chi avrebbe più bisogno di un'offerta terapeutica.

7. Lo spazio fisico e il contesto

Qui emergono criticità ricorrenti. Gli spazi sono percepiti come piccoli, grigi, poco accoglienti.

L'arredamento ha l'aspetto di un ufficio pubblico, quale il servizio è, e non stimola senso di appartenenza. Inoltre, la collocazione geografica del SerD porta con sé lo stigma: essere visti entrare in questo edificio significa esporsi a giudizi. Per alcuni giovani questa visibilità diventa un ostacolo forte.

Nonostante piccoli miglioramenti estetici, lo spazio

resta vissuto come limite più che come risorsa. Questo ci interroga su quanto l'ambiente fisico e simbolico incida sull'accesso e sulla continuità del percorso.

Dal punto di vista fisico, lo spazio appare respingente a causa della limitata disponibilità degli ambienti, della scarsa gradevolezza e della collocazione geografica del servizio nella città di Bolzano. Dal punto di vista simbolico, invece, il SerD risente dello stigma e del pregiudizio sociale legato al consumo di sostanze, che contribuiscono a rendere complesso l'accesso al servizio e a caricarlo di vissuti negativi, nonostante l'esperienza successiva di presa in carico venga spesso descritta dai pazienti come riparativa. In questo senso, lo stigma potrebbe rappresentare un ulteriore rinforzo negativo che si aggiunge alle difficoltà già presenti nell'accesso ai servizi di aiuto (Corrigan, 2004).

Tale vissuto si inserisce in un quadro più ampio in cui adolescenti e famiglie in condizione di fragilità tendono ad affrontare con ambivalenza e disagio il ricorso a un servizio specialistico, soprattutto quando esso è esplicitamente rivolto a problematiche di dipendenza. Ne consegue che diventa prioritario ridurre al minimo ogni ostacolo, sia materiale sia simbolico, che possa ulteriormente limitare l'accessibilità alle cure (WHO, 2010).

8. Dipendenza e autonomia

Sotto la superficie, ciò che colpisce è la tensione costante tra bisogno di dipendenza e ricerca di autonomia.

Molti ragazzi non riescono ad avvicinarsi da soli, dipendono ancora molto da figure familiari. Anche nel percorso con il servizio, la relazione con gli operatori è vissuta come "base sicura" che contiene ma, al tempo stesso, rischia di rallentare i processi di autonomia. Un elemento di particolare interesse riguarda la ricorrenza, in anamnesi, di traiettorie evolutive segnate da un progressivo incremento della dipendenza dal contesto familiare, piuttosto che da un processo di differenziazione e autonomizzazione. In altre parole, laddove i compiti di sviluppo tipici dell'adolescenza – tra cui la sperimentazione dell'autonomia, la costruzione dell'identità e la messa in discussione delle figure adulte di riferimento (Erikson, 1968; Blos, 1967) – dovrebbero condurre a un graduale processo di separazione-individuazione, nei pazienti con problematiche di tossicodipendenza tali compiti risultano sospesi o congelati.

Ci troviamo quindi davanti a un paradosso: da un lato il bisogno di essere sostenuti, dall'altro la necessità di crescere. È in questa tensione che si gioca gran parte del lavoro terapeutico.

Si osserva, invece, la riattivazione di un'alleanza intensa e pervasiva con la famiglia, che appare al tempo stesso conflittuale e ambivalente. Questo fenomeno può essere letto in continuità con le teorie della dipendenza familiare nei disturbi di personalità e nelle tossicodipendenze, secondo cui la sostanza e il legame

familiare finiscono per assumere funzioni simili di regolazione emotiva e di mantenimento della stabilità psichica (Minuchin, 1974; Stanton & Todd, 1982). Il giovane tossicodipendente, di fronte alla gravità della propria condizione e alla percezione della vita come "a rischio", tende dunque a mantenere o ricercare costantemente un focus relazionale con la famiglia, investendola della funzione di protezione e di "salvezza".

Questa dinamica, se da un lato fornisce un contenimento psichico e affettivo, dall'altro ostacola il normale percorso di individuazione e crescita, impedendo l'assunzione di responsabilità e la costruzione di un'autonomia funzionale. Essa rappresenta pertanto un nodo cruciale da esplorare attraverso ulteriori approfondimenti, al fine di comprendere in che modo la dipendenza relazionale interagisca con quella tossicomane e con la possibilità di sviluppo evolutivo.

Conclusione – verso una ricerca sul campo

Il confronto interno ci ha aiutati a riconoscere alcuni nodi centrali:

- L'accesso quasi sempre mediato da altri.
- L'impatto iniziale segnato da diffidenza e timore.
- La relazione con gli operatori come fulcro della rappresentazione.
- Le attività percepite in modo diseguale.
- Lo spazio fisico e lo stigma come ostacoli reali.
- La tensione tra dipendenza e autonomia come filo rosso. Alla luce di queste riflessioni, si intende nei prossimi mesi avviare una ricerca sul campo, che indaghi le rappresentazioni dei pazienti sul servizio, coinvolgendo gli stessi come soggetti di una ricerca. A questo scopo, proponiamo di costruire un questionario mirato, che tocchi le seguenti aree:
- Modalità di accesso e motivazioni dell'arrivo.
- Aspettative iniziali e percezione del primo contatto.
- Evoluzione dell'esperienza nel tempo.
- Qualità della relazione con gli operatori.
- Utilizzo e percezione delle attività.
- Vissuto degli spazi e dello stigma legato al luogo.
- Bisogno di dipendenza e desiderio di autonomia.
- Quale ruolo per i familiari.



1. L'accesso al servizio	2. Aspettative e timori all'ingresso
- L'ingresso dei giovani al SerD è spesso eterodiretto: avviene su spinta di genitori o servizi sociali. - Raramente la scelta è autonoma, il che incide sulla motivazione e sulla percezione di obbligo. - Molti ragazzi non si sentono protagonisti della decisione, vivendo l'accesso più come vincolo che come opportunità.	- Le rappresentazioni oscillano tra paura di controllo/giudizio e speranza di aiuto. - Timori frequenti riguardano regole rigide, farmaci o l'esposizione ai genitori. - Comunicare un'immagine accogliente del SerD è cruciale per favorire un primo contatto positivo.
3. Il primo impatto	4. Trasformazione esperienza
- Il primo giorno può aprire spazi di ascolto o rinforzare distanza e diffidenza. - L'accoglienza è vissuta in modo ambivalente: tra curiosità e chiusura. - Il clima emotivo percepito è decisivo per costruire fiducia e motivazione.	- Col tempo, l'immagine del SerD può evolvere da diffidenza a percezione positiva. - Alcuni riconoscono un ambiente umano e disponibile; altri restano scettici. - L'esperienza terapeutica è dinamica e dipende dalla qualità della relazione e delle interazioni quotidiane.
5. La relazione con gli operatori	6. L'offerta di attività
- I giovani attribuiscono grande valore alla qualità relazionale, più che alle sole competenze tecniche. - Cercano ascolto autentico, empatia, presenza e continuità nel tempo. - La relazione è il cuore del percorso: costruisce fiducia e sostiene la permanenza nel servizio.	- L'Area Giovani propone laboratori, sport, gruppi e altre attività, con adesione variabile. - Alcuni ragazzi le apprezzano, altri le percepiscono come poco attrattive o marginali. - Serve un'offerta più personalizzata e integrata nel percorso terapeutico.
7. Lo spazio fisico e il contesto	8. Dipendenza e autonomia
- Gli ambienti sono spesso percepiti come freddi, poco accoglienti e stigmatizzanti. - La collocazione geografica espone i giovani a giudizi sociali, diventando un ostacolo all'accesso. - Lo spazio fisico e simbolico influisce fortemente sull'accoglienza e sulla continuità terapeutica.	- Emerge una tensione tra bisogno di sostegno e necessità di crescita autonoma. - Molti ragazzi mantengono forti legami di dipendenza familiare, che forniscono contenimento ma ostacolano l'individuazione. - Questa dinamica rappresenta un nodo centrale del lavoro terapeutico, intrecciando dipendenza relazionale e tossicomaniaca.

Bibliografia

- Bion W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma, Armando, 1972.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Moscovici, S. (2005). *Le rappresentazioni sociali* (a cura di F. Giannini). Il Mulino. (Opera originale pubblicata nel 1961)
- Neimeyer, R. A. (2009). *Constructivist psychotherapy*. Routledge.
- Von Glasersfeld, E. (1995). *Radical constructivism: A way of knowing and learning*. RoutledgeFalmer.
- World Health Organization. (2010). *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. WHO Press.

Area tematica 3

CARCERE E ESIGIBILITÀ DELLE CURE

3.1

PROMOZIONE E VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA, PRESCRITTIVA, ECONOMICA E ORGANIZZATIVA NEL SERVIZIO DELLE DIPENDENZE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Bussi Roncalini E. ^[1], Russo G. ^[1], Pedrazzoli M. ^[2], Nigro G. ^[3], Ghiardi A. ^[4], Vola E. ^[5], Caravelli R. ^[6], Aguglia A. ^[7]

^[1]ASL TO 4 Dipartimento di Patologia delle Dipendenze SC SerD Ivrea ~ IVREA ~ Italy, ^[2]ASL TO4 Sanità Penitenziaria ~ IVREA ~ Italy, ^[3]ASL TO4 DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE S.C. SALUTE MENTALE CIRIE' IVREA ~ IVREA ~ Italy, ^[4]ASL TO 4 FARMACIA OSPEDALIERA ~ IVREA ~ Italy, ^[5]ASL TO4 S.C. DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA ~ IVREA ~ Italy, ^[6]ASL TO4 S.C. Programmazione Strategica e Sviluppo Risorse - Settore Controllo di Gestione ~ CHIVASSO ~ Italy, ^[7]Casa Circondariale ~ Ivrea ~ Italy

Progetto elaborato e discusso nell'ambito del corso manageriale Dirigenti Struttura Complessa. Realizzato nella Casa Circondariale di Ivrea prevede risultati innanzitutto qualitativi in termini di implementazione percorsi di cura, monitoraggio prescrizioni a rischio misuso, riduzione eventi critici correlati, miglioramento qualità di vita dei detenuti.

Premessa

Appropriatezza prescrittiva insieme a ricognizione e riconciliazione farmacologica sono strumenti indispensabili dell'efficacia e della sicurezza dei trattamenti. Negli Istituti Penitenziari si assiste ad un sempre maggiore incremento delle prescrizioni a fronte di un'aumentata incidenza di comorbidità che necessita della prescrizione di politerapie ma con parallela tendenza all'automedicazione e/o ricerca di misuso. Alcuni farmaci, per le loro caratteristiche farmacologiche, sono potenzialmente additivi, ossia capaci di sviluppare dipendenza. Classi di farmaci a rischio di misuso quali le benzodiazepine (Ashton HC 2002; Ashton HC 2005), i gabapentinoidi e gli oppiacei sintetici richiedono

pertanto la condivisione delle prescrizioni tra prescrittori e farmacia.

Carcere, esigibilità e appropriatezza delle cure

L'assistenza sanitaria in carcere è garantita dal DPR 309/90 per i pazienti detenuti con disturbo da uso di sostanze e dal DPCM 1° aprile 2008 che ha sancito il passaggio dal Ministero della Giustizia al SSN riconoscendo al detenuto gli stessi diritti sanitari del cittadino libero. I tossicodipendenti nelle carceri italiane sono il 43% (Relazione al parlamento) mentre il 40,3% dei detenuti assume sedativi per disturbo d'ansia (Associazione Antigone 2023). Considerato inoltre che in Italia la spesa per le benzodiazepine è di 74,5 milioni di euro (AIFA 2023) è essenziale considerare l'appropriatezza prescrittiva, la riconciliazione farmacologica e il deprescribing, come strumenti imprescindibili anche per il contenimento della spesa sanitaria.

L'uso ricreazionale riportato nei diversi paesi riguarda soprattutto le benzodiazepine a breve emivita, in quanto capaci di indurre eccitamento quando sono assunte ad alte dosi (Manzato E. 2014), in particolare l'uso di benzodiazepine ad emivita breve è associato ad un aumentato rischio di sviluppo di tolleranza e dipendenza ai dosaggi iniziali, con successiva necessità di incremento progressivo delle dosi.

Anche trattamenti inadeguati per il dolore possono essere causa di misuso di oppioidi sintetici (Peng e Castano 2005; Peng et al 2005). L'uso dei pain killers in America si va sempre più diffondendo con aumento parallelo dei decessi per overdose di questi farmaci. Secondo i Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC) statunitensi, i decessi da oppioidi sintetici dal 2013 sono aumentati drasticamente, per arrivare a circa 73.000 del 2022 principalmente dovuti al fentanyl. L'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) a partire dal 2012 ha segnalato anche in Europa un aumento significativo della disponibilità di fentanili.

In Italia il 22% delle nuove sostanze psicotrope segnalate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce è rappresentato dai nuovi oppioidi sintetici (SNAP 2017) e il Dipartimento politiche antidroga il 12 marzo 2024 ha presentato ufficialmente il Piano Nazionale di Prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e altri oppioidi sintetici coinvolgendo diverse istituzioni nelle azioni di prevenzione, contrasto e gestione delle emergenze legate all'abuso di questa sostanza.

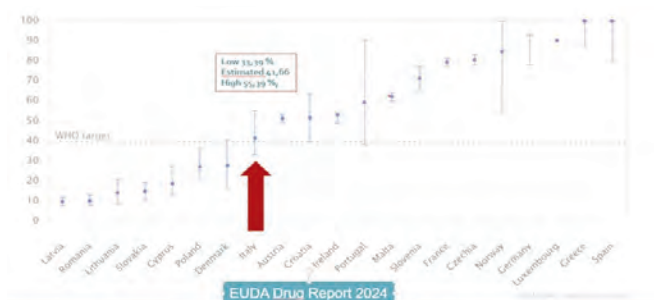
La percentuale dei soggetti con consumo problematico di oppioidi sintetici in Italia è ancora piuttosto bassa e rappresenta lo 0,48 % (Amie Shei et al 2015), questo non esclude tuttavia che siano cifre sottostimate per cui si invita a porre attenzione allo screening e monitoraggio dei pazienti in trattamento con oppioidi per dolore cronico.

Oppioidi deboli quali tramadolo e codeina e oppioidi forti quali morfina, ossicodone e fentanil sono i principali farmaci prescritti. Tra questi l'ossicodone è una

sostanza particolarmente appetibile per soggetti a rischio di dipendenza per la sua duplice natura analgesica e gratificante (Cheung 2017) oltre al fentanil sostanza altamente addictive per l'intensa attivazione dei circuiti della ricompensa legata al rilascio di dopamina (Han Y 2022).

La prescrizione delle terapie agoniste per pazienti con Disturbo da uso di oppiacei, a cura dei Servizi per le Dipendenze, rappresenta altro importante argomento di trattazione in quanto l'Osservatorio Europeo come riportato nel Grafico 1 evidenzia che in Italia la percentuale di copertura con appropriate prescrizioni di trattamento agonista sia appena sopra la soglia minima del 40% lasciando quindi il 60 % scoperto dal trattamento con una prevalenza di prescrizione di trattamento metadonico rispetto alla prescrizione di buprenorfina.

Grafico 1. Percentuale di copertura del trattamento agonista oppiaceo nel 2022 e negli anni successivi (Fonte: EUDA Drug Report 2024)



La discrepanza tra la prescrizione di metadone rispetto alla buprenorfina è ancora più evidente in carcere dove la buprenorfina compresse viene prescritta solo nel 37% degli Istituti Penali (Michel L 2015) per il rischio di misuse, precludendo pertanto ai pazienti detenuti il diritto al trattamento con buprenorfina, oppure viene somministrata previa triturazione delle compresse, pratica non approvata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questo suggerisce la ricerca di appropriate formulazioni per il Disturbo da uso di oppiacei in carcere quali le nuove formulazioni di buprenorfina long acting.

Negli ultimi anni si sono riscontrati inoltre casi di uso improprio di pregabalin con documentate "epidemie" di diversione nelle carceri della Florida (De Bernardis 2016). Anche il sistema nazionale di allerta precoce (EMCDDA SNAP) ha segnalato negli ultimi anni in Europa, compresa l'Italia, aumento dell'uso ricreativo di pregabalin tra gruppi vulnerabili come gli adolescenti, gli immigrati nord africani o i consumatori di sostanze stupefacenti con segnalati decessi in Inghilterra e in Scozia (EMCDDA SNAP 36/22) e un caso di intossicazione mista da cocaina e pregabalin in Italia (EMCDDA SNAP 15/24). La letteratura scientifica, costituita soprattutto da case reports, documenta che gli episodi di abuso e dipendenza si sono verificati in

soggetti con anamnesi di uso di sostanze psicoattive illegali che erano venuti a contatto per la prima volta con il gabapentin a seguito di prescrizione per dolore neuropatico o per problematiche alcool-correlate, arrivando ad usare da 3.6 a 7.2 grammi al giorno del farmaco (dosi molto superiori a quelle di appropriatezza prescrittiva). Negli istituti penitenziari l'esperienza clinica supportata dalle indicazioni del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP: Provveditorato Regione Piemonte Nota n. 0069957 del 15/12/2022) suggeriscono l'implementazione anche presso la Casa Circondariale di Ivrea del lavoro di revisione delle prescrizioni farmacologiche.

Obiettivi Generale e Specifici del Progetto

È strategico definire un percorso condiviso tra SerD, Sanità Penitenziaria, psichiatria e farmacia aziendale per:

- garantire appropriatezza clinica e prescrittiva.
- Ridurre e monitorare le prescrizioni a maggior rischio di misuse.
- Risparmio della spesa farmacologica.
- Estensione della proposta in ambito regionale.

Analisi del contesto

Beneficiari: pazienti detenuti

- 150 soggetti con Disturbo da uso di sostanze psicotrope afferenti al Dipartimento delle Dipendenze di Ivrea (Fonte 2024: Sistema Piemontese Informatizzazione Dipendenze HTH-SerT);
- 300 soggetti con patologia psichiatrica afferenti al Dipartimento di Salute Mentale (Fonte: Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie - CCM 2012);
- 4 soggetti in trattamento con oppioidi sintetici per dolore cronico afferenti alla Sanità Penitenziaria (Fonte 2024: Sanità Penitenziaria).

Destinatari: operatori della Sanità Penitenziaria, del SerD, della psichiatria e i farmacisti ospedalieri dell'ASL T04 Piemonte

Tabella 2. Analisi del Contesto

Detenuti Italia 2024	Detenuti SERD	%
60.166	26.268	43% (Relazione annuale al Parlamento per tossicodipendenze)
Casa Circondariale Ivrea	Detenuti SERD	%
737	150	20% (di cui 82 % DUS)
Casa Circondariale Ivrea	Detenuti con patologia psichiatrica	%
737	300	40% (Centro nazionale Controllo Malattie CCM 2012)

Strumenti

Gli strumenti del progetto sono rappresentati da:

- formazione degli operatori sul tema riconciliazione

farmacologica e farmaci di abuso.

- Definizione dei PDTA e/o Istruzioni Operative;
- Strumenti informatici condivisi per approvvigionamento, prescrizione e somministrazione farmacologica;
- Prontuario farmaceutico aziendale aggiornato di nuovi profili prescrittivi per le classi di farmaci a rischio di misuso con definizione delle quantità massime di farmaci prescrivibili
- Sistema informatico di approvvigionamento farmaceutico che preveda segnali di allarme/blocco automatico per richieste di quantità di farmaci extra-prontuario.
- Applicativo aziendale OLIAMM WEB_STATISTICHE ASL T04 per la rilevazione dei consumi e dei costi farmaceutici.
- Rilevazione e monitoraggio degli eventi sentinella.
- Valutazione del craving con la Visual Analogue Scale (VAS) (Hamilton M. 1959).
- Valutazione della qualità di vita con la scala World Health Organization Quality Of Life
- Versione Breve (WHOQOL-BREVE).

Fasi operative

Fase 1. COMUNICAZIONE: in questa fase verrà svolta una campagna di informazione e sensibilizzazione verso i detenuti e verso operatori dell'amministrazione penitenziaria circa l'importanza della riconciliazione farmacologica e attenzione prescrittiva dei farmaci a maggiore rischio di abuso. Durata 3 mesi.

Fase 2. FORMAZIONE: in questa fase, verranno organizzati eventi formativi, che prevederanno la partecipazione di operatori di sanità penitenziaria, SerD, psichiatria e farmacia aziendale coinvolti nel progetto. Durata 3 mesi.

Fase 3. ARRUOLAMENTO: identificazione e arruolamento dei pazienti in trattamento con le classi farmacologiche a rischio di abuso quali le benzodiazepine, i gabapentinoidi, gli antipsicotici di nuova generazione e gli oppioidi sintetici. In questa fase vengono visionate le cartelle cliniche e le prescrizioni di tutti i detenuti con rilevazione dei consumi e relativi costi farmaceutici; rilevazione degli eventi critici da intossicazione, interazione farmacologica, sindrome astinenziale, autolesionismo e agitazione psicomotoria che ha comportato invio del detenuto al Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA) di Ivrea per revisione della terapia con relativo calcolo dei costi economici. Durata 3 mesi.

Fase 4. PERIODO DI STUDIO: in questa fase, i diversi attori coinvolti predisporranno i PDTA e/o Istruzioni Operative condivise; attueranno le valutazioni clinico diagnostiche e gli interventi terapeutici con monitoraggio clinico, valutazione dello stato di salute con somministrazione ai detenuti delle scale VAS e scale WHOQOL-BREVE; Revisione e aggiornamento del prontuario farmaceutico aziendale. Durata 6 mesi.

Fase 5. VALUTAZIONE DEGLI ESITI: in questa fase, verranno valutati gli esiti, misurati durante il periodo di studio e verranno raccolti i risultati. Durata 12 mesi. Le attività e relative tempistiche sono di seguito illu-

strate nel Diagramma di Gantt

Grafico 3. Diagramma di Gantt (fasi del Progetto)



Risultati attesi

Durante la fase di monitoraggio della durata di 12 mesi verranno valutati gli esiti e raccolti i risultati che partendo dagli obiettivi prefissati saranno classificati in tre sottogruppi:

ADESIONE/PARTECIPAZIONE

- Formazione degli operatori: numero degli eventi realizzati e numero degli operatori partecipanti del SerD, farmacia, sanità penitenziaria e psichiatria (Valore target 100 %).
- Informazione ai detenuti: numero degli eventi realizzati e numero dei detenuti partecipanti (Valore target 100 %).
- Risccontro di PDTA e/o Istruzioni Operative condivisi tra SerD, farmacia, Sanità Penitenziaria e psichiatria.

ESITO CLINICO

- Condivisione dei Piani Terapeutici cartacei e/o elettronici tra gli specialisti.
- Riduzione consumi classi farmaceutiche a rischio di misuso e diversione (Valore target $\geq 50\%$).
- Riduzione accessi DEA per intossicazione iatrogena, sindrome astinenziale, revisione terapia per autolesionismo o stato di agitazione psicomotoria (Valore target 100%).
- Riduzione del craving per psicofarmaci alla scala VAS somministrata ad un campione di almeno 50 detenuti con rilevazione punteggio $\leq 5/10$ (Valore target $\geq 80\%$).
- Miglioramento degli outcomes clinici alla scala WHOQOL-BREVE somministrata ad un campione di almeno 50 detenuti con rilevazione score $\geq 50/100$ nelle quattro aree indagate (Valore target $\geq 80\%$).
- Risccontro di prontuario farmaceutico aziendale con nuovi profili prescrittivi ridotti del 50% per farmaci a rischio di misuso.
- Presenza di sistema informatico che preveda segnali di allarme/blocco automatico per richieste di quantità di farmaci extra-prontuario.

COSTI/RISPARMI

- I costi relativi all'impiego di tempo e di risorse, per le attività di formazione, informazione, attività di équipe interdisciplinari e di ricerca della letteratura scientifica oltre che di stesura delle linee guida cliniche, pur essendo stati valorizzati, non costituiscono un costo economico aggiuntivo per l'azienda ASL T04 in quanto rappresentano risorse già disponibili e/o attività svolte

da personale dipendente in orario di servizio.

- Risparmio dei costi economici diretti farmaceutici per riduzione consumi del 50%, secondo nuovi profili prescrittivi, con risparmio economico dei farmaci di abuso del 46,5% come da Tabella 4.
- Stima di risparmio costi economici indiretti pari a 1622,4 € correlati ad eventi critici evitati che avrebbero comportato invio in DEA per intossicazione iatrogena, sindrome astinenziale, revisione della terapia per autolesionismo e/o per stato di agitazione psicomotoria (Tabella 5).

Tabella 4. *Stime dei risparmi economici dei nuovi profili prescrittivi massimi farmaci a rischio di misuso: Oliamm Web ASL T04 (2024)*

Classe farmaceutica	Costi farmaceutici	Costo nuovi profili prescrittivi	Risparmio
BENZODIAZEPINE	4601 €	2532 €	2069 €
GABAPENTINOIDI	125 €	62 €	63 €
ANTIPISICOTICI DI NUOVA Gen.	3515 €	1871 €	1644 €
OPPIOIDI SINTETICI <i>Ossicodone</i>	790 €	395 €	395 €
MIRTAPAZINA	858 €	429 €	429 €
TOTALE	9889 €	5289 €	4600 €
Risparmio costi farmaceutici		% risparmio costi farmaceutici	
4600 €		46,51 %	

Tabella 5. *Accessi DEA da Casa Circondariale di Ivrea: Flusso C2 - Settore Controllo di Gestione Chivasso ASL T04 (2024)*

Totale Eventi critici con invio in DEA Ivrea	Descrizione eventi clinici	Prestazioni sanitarie in DEA	Totale costo economico
15	Intossicazione iatrogena /sindrome astinenziale /revisione terapia per autolesionismo / stato di agitazione psicomotoria	Visita generale, visita specialistica, esami ematochimici, ECG, Esami strumentali: RX, TAC	1622,4 €

Conclusioni

Il lavoro ha valorizzato l'utilizzo di strumenti organizzativi, di processo ed economici quali elementi fondamentali di supporto all'attività clinica.

Il progetto trae origine dall'esperienza presso la Casa Circondariale di Bergamo (Bussi Roncalini 2024) portandone l'aspetto di utilità e innovazione anche alla Casa Circondariale di Ivrea in un'ottica di lavoro condiviso con l'obiettivo di garantire appropriatezza clinica e prescrittiva negli istituti penitenziari.

Il diritto alle cure in contesto penitenziario previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017) e nello stesso tempo la necessità di supervisionare la prescrizione di farmaci potenzialmente additivi

e ad alto rischio di misuso e diversione rende necessaria l'applicazione della riconciliazione farmacologica e di ciò che gli anglosassoni chiamano deprescribing parimenti alla valutazione del craving e al monitoraggio dell'eventuale ricerca di automedicazione soprattutto da parte dei detenuti con dipendenze patologiche e/o dei detenuti con patologia psichiatrica.

Con l'inserimento nel prontuario farmaceutico aziendale dei nuovi profili prescrittivi massimi e della possibilità di allarme e blocco automatico per richieste di quantità di farmaci extra-prontuario, è possibile ipotizzare una riduzione dei consumi farmaceutici a rischio di misuso del 50% con risparmio economico farmaceutico pari al 46,51 % della spesa, oltre che assistere alla riduzione degli eventi critici con accesso al Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) e conseguente stima di risparmio dei costi indiretti sanitari pari a 1622,4 €.

Parallelamente la riduzione del craving per sostanze psicotrope e il miglioramento della qualità di vita dei detenuti, correlati alla compliance, saranno invece attestati rispettivamente dai valori della VAS $\leq 5/10$ e dagli score $\geq 50/100$ nelle quattro aree indagate della scala WHOQOL-BREVE somministrate ai detenuti.

L'attività di collaborazione degli operatori del servizio delle dipendenze, della sanità penitenziaria, della psichiatria e della farmacia aziendale in termini di condivisione delle competenze, risorse, energie e tempo dedicato porterebbe pertanto al miglioramento degli aspetti clinici, organizzativi ed economici oltre che all'ambizioso obiettivo di poter condividere e applicare il modello anche a livello regionale.

Riferimenti Normativi

Decreto del Presidente della Repubblica (DPR) 309/90 Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (Suppl. Ordinario GU n 255 del 31-10-1990).

Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM 2008) Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. Gazz. Uff. 30 maggio 2008, n. 126.

Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM 12 gennaio 2017) - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 art 28: Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche (G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017).

Bibliografia

- Agenzia dell'Unione europea sulle droghe (EUDA) 2024: European Drug Report: Trends and Developments.
- AIFA (2023). Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali: rapporto Nazionale anno 2022.
- American Psychiatric Association 2013 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5).
- Applicativo aziendale OLIAMM WEB-STATISTICHE (2024) per approvvigionamento e report statistici dei consumi e costi farmaceutici. ASL TO 4.
- Ashton HC (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current Opinion in Psychiatry* 18: 249-255.
- Associazione Antigone 2023 Report annuale.
- Bussi Roncalini E. et al (2024) Indicazioni operative di riduzione/sospensione dei farmaci gabapentinoidi (pregabalin e gabapentin) e/o clonazepam presso la casa circondariale Don Fausto Resmini di Bergamo. *FederSerD Informa* N° 37: 8-11, 2024
- Cheung CW (2017) et al. Oral oxycodone for acute postoperative pain: a review of clinical trials. *Pain Physician* 20: Se 33- se 52
- Amie Shei (2015) et al Estimating the health care burden of prescription opioid abuse in five European countries. *Clinico econ Outcomes Res.*; 7: 477-488.
- Dipartimento per le Politiche Antidroga (2024): relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia.
- Dipartimento Politiche Antidroga 2024: Piano Nazionale di Prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e altri oppioidi sintetici 12 marzo 2024.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012 e 2024): European Drug Report .
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) e System for Notification and Alerting (SNAP) (2022): rapporto N° 5 sullo stato di fatto delle NPS rilevate nel 2021 in Europa Aumento di sequestri delle forze dell'ordine e dell'utilizzo non medico di pregabalin 36/22 DEL 22/07/2022.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) e System for Notification and Alerting (SNAP) (2024): Allerta grado 2 intossicazione acute associate al consumo di NPS tra aprile 2023 e gennaio 2024: 15/24 del 18/03/2024.
- Hamilton M.(1959).The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32 (1), 50-55.
- Han Y 2022, Cao L, Yuan K et al Unique pharmacology, brain dysfunction, and therapeutic advancements for fentanyl misuse and abuse. *Neurosci.Bull.* 38: 1365-1382.
- Manzato E, F. Lugoboni, C Biasin, S Rosa, G Cifelli, G Manzato, F Nava; *Mission* 42/2014.
- Michel L. 2015 et al: Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern. *BMC*

Public Health (2015) 15:1093.

- Ministero della Salute. Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM 2012): report coordinamento ARS Toscana.
- Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Provveditorato Regionale per il Piemonte (2022): Nota n. 0069957 del 15.12.2022.
- Organizzazione Mondiale della Sanità: World Health Organization Quality of Life – Versione Breve (WHO-QOL- BREVE) 2020: Divisione di Salute Mentale Ginevra. Versione italiana finale a cura del Centro Collaborativo Italiano; Marzo 2020.
- Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali (2023) - Rapporto Nazionale Anno 2022 AIFA 2023
- Peng PW e Castano ED. (2005) Survey of chronic pain practice by anesthesiologists in Canada. *Can j. Anaesth* 52: 383-389,2005.
- Peng PW et al (2005) Review article: perioperative pain management of patients on methadone therapy. *Can j. Anaesth* 52: 513-523, 2005.

Sitografia

- Ashton HC (2002). Benzodiazepines how they work and how to withdraw. Disponibile su www.benzo.org.uk (Data di accesso: 15/02/2024).
- De Bernardis E. (2016). Disponibile su <https://blog.sitd.it> (Data di accesso 2/11/2016).

3.2

LO PSICOLOGO SERD AL GREYBAR HOTEL. È POSSIBILE LA CURA DEL DISAGIO PSICOLOGICO ED EMOTIVO NEL CONTESTO DELLA PENA?

Lacatena A.P.*^[1], Causo P.^[2], German S.^[2],
Verardi V.^[2]

^[1]Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA ~
Taranto ~ Italy, ^[2]Struttura Semplice SerD intramurario
DDP ASL TA ~ Taranto ~ Italy

Cosa significa lavorare sul benessere mentale delle persone detenute? Cosa significa farlo da operatori di un Servizio per le Dipendenze (SerD)? Questo contributo se lo chiede e lo chiede a chi legge, partendo da una prospettiva più ampia, ma restringendo il focus alla relazione tra psicoterapeuta e ristretto/a, con qualche suggerimento finale.

Introduzione

Il 31 dicembre 2024, nelle carceri italiane, risultano presenti 19.755 detenuti tossicodipendenti, il 96% dei quali di genere maschile e il 35% di nazionalità straniera.

I ristretti con DUS (Disturbo da Uso di Sostanze) rappresentano il 32% della popolazione carceraria complessiva (61.861 persone), facendo registrare un leggero aumento rispetto al 2023, quando la quota era del 29%.

Nel corso del 2024, si sono contati complessivamente 16.890 ingressi (8.700 nel primo semestre e 8.190 nel secondo), corrispondenti al 39% dei 43.489 ingressi totali.

Nel 2024, i Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD) hanno assistito complessivamente 134.443 persone per utilizzo di sostanze illegali e/o psicofarmaci non prescritti. Per circa l'88% si tratta di utenti già in trattamento negli anni precedenti e per l'85% di genere maschile.

Nel complesso, i detenuti presenti in carcere il 31 dicembre 2024 per reati legati all'art.73 (da solo o in combinazione con art.74) risultano 20.086, pari al 33% circa del totale dei detenuti presenti alla stessa data. Dall'entrata in vigore nel 2014 della Legge n.79, la quota di detenuti ai sensi dell'art.73 (da solo o in

combinazione con l'articolo 74) è rimasta stabile tra il 32% e il 33% della popolazione carceraria totale, rispetto al 37-40% degli anni precedenti.

L'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti è garantita dalle Aziende Sanitarie territoriali, attraverso 36 servizi strutturati e 146 équipe per le dipendenze presenti nei 189 istituti penitenziari presenti sul territorio nazionale 21. Nel corso del 2024, sono state 28.679 le persone detenute che hanno ricevuto almeno una prestazione assistenziale da parte dei Servizi per le Dipendenze per problematiche correlate al consumo di sostanze stupefacenti: la maggior parte, circa il 97%, è di genere maschile, il 39% è rappresentata da nuova utenza e il 35% da persone di nazionalità straniera.

I nuovi assistiti hanno un'età media di 37 anni. Sono leggermente più giovani rispetto agli utenti già noti ai servizi, che hanno in media 40 anni. Se l'età media dell'utenza maschile e quella femminile risultano del tutto simile (39 e 40 anni rispettivamente), quella tra persone di nazionalità italiana e straniera risulta sensibilmente diversa: le persone di nazionalità italiana hanno in media 41 anni, mentre quelle di nazionalità straniera sono più giovani, con un'età media di 35 anni. Tra i detenuti stranieri, infatti, il 32% ha meno di 30 anni e il 38% ha tra i 30 e i 39 anni, contro il 16% e il 29% degli utenti di nazionalità italiana.

Oltre la metà dei detenuti tossicodipendenti (55%) è stata seguita dai servizi per uso primario di cocaina/crack.

In occasione della Giornata mondiale sulle Droghe (26 giugno 2025) e nell'ambito della campagna internazionale di mobilitazione Support! Don't Punish è stato presentato alla Sala Stampa della Camera dei deputati Il XVI Libro Bianco sulle droghe, quest'anno intitolato "NON MOLLARE".

Per gli autori, a 35 anni dall'entrata in vigore del Testo Unico sulle droghe 309/90 e 16 di pubblicazione del Libro Bianco sulle droghe, i dati purtroppo confermano una tendenza al peggioramento. Gli effetti penali, in particolare dell'art. 73 del DPR 309/90, sono sempre più importanti, creando le premesse per il sovraffollamento carcerario e confermando che la Legge Jervolino-Vassalli resta il principale veicolo di ingresso nel circuito penale in Italia.

Per il Rapporto indipendente al 31/12/2024 erano presenti nelle carceri italiane 19.755 detenuti "certificati", ossia il 31,9% del totale. Non erano mai stati così tanti dal 2006 (anno dell'entrata in vigore della legge Fini-Giovanardi).

Carcere e DUS (Disturbo da Uso di Sostanze)

Non si può parlare di carcere in Italia senza fare riferi-

mento all'Art.27 della Costituzione che recita: «Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato».

Non lo si può fare nemmeno senza citare l'Ordinamento Penitenziario che all'Art. 1, spostando il focus dalla pena alla persona, precisa: «Il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona».

Il sistema della detenzione ha un costo di 8 milioni di euro al giorno. In un intero anno, lo Stato italiano spende quasi 3 miliardi di euro, circa 137,84 euro al giorno per ogni detenuto.

Il 20% di questa quota è destinato alle spese personali dei detenuti, poco più di 25 euro, tutto il resto viene investito per il pagamento del personale civile e della polizia penitenziaria, oltre che per le spese di mantenimento delle carceri.

È così che si arriva ai 6,83 euro per le attività trattamentali (0,2276 centesimi al giorno), ai 22,81 euro (0,76 centesimi al giorno) a persona per il servizio sanitario, passando per i 0,57 centesimi al dì per la formazione del personale.

Su 61861 persone detenute nei penitenziari italiani a fine 2024, 2698 sono donne (4,36%). Secondo l'ultimo dato disponibile, la media di presenze femminili nei paesi del Consiglio d'Europa è pari, al 5,4%. L'85% degli istituti penitenziari è sovraffollato, con punte che arrivano fino al 200%. Nel 2024, inoltre, si è registrato il record assoluto di suicidi in carcere (91).

I dati sulla popolazione carceraria tossicodipendente in aumento costante da oltre cinque anni, ci spingono a interrogarci su quanto il carcere incida rispetto alla recidività e alla cura della dipendenza patologica. La riforma della sanità penitenziaria del 2008, oltre a determinare significative differenze organizzative su tutto il territorio nazionale, ha evidenziato numerose – alcune vistose – criticità sintetizzabili in:

- scarsa consapevolezza della specificità del lavoro sanitario con i detenuti con DUS (linguaggio, semiotica, senso) all'interno del carcere;
- imprescindibilità della supervisione tecnica esterna per i gruppi che lavorano a più stretto contatto con il detenuto con DUS;
- conflitto tra istanze securitarie e esigenze di cura;
- individuazione e diagnosi dello stato di tossicodipendenza ancora troppo legate ad aspetti biomedici e molto meno alle pur necessarie valutazioni psico-socio-educative;
- azione di osservazione e sostegno nel primo periodo della detenzione, nel corso della stessa e a conclusione della carcerazione (e della pena più in generale) risultano spesso prive di concertazione, nonostante non sia

pensabile un'idea di cura a compartimenti stagni e per la sola durata della detenzione a fronte di una malattia cronica e recidivante;

- assenza di specifiche iniziative di risposta al craving che potrebbe presentarsi anche dopo lunghi periodi di astensione dall'uso di sostanze e per il quale la soppressione della libertà rappresenta già un vero e proprio trigger;

- coabitazione tra detenuti con DUS grave e restante popolazione carceraria. Sarebbe opportuna una separazione o la custodia anche al fine di evitare misuse e diversione del farmaco;

- considerare l'invio in Comunità Terapeutica come un'alternativa al carcere, incoraggiata come unica opzione da chi opera all'interno dello stesso. Le valutazioni a tal proposito devono essere effettuate dalle équipe SerD competenti - che peraltro devono fare i conti con il budget a disposizione delle Aziende Sanitarie Locali - dai referenti delle Comunità Terapeutiche e dalla persona. Spesso l'invio viene effettuato dal Magistrato senza occasioni di confronto con i curanti o sollecitato dai referenti dell'istituto ospitante - soprattutto rispetto a detenuti di difficile gestione;

- modesta attenzione in termini socio-sanitari e culturali a DUS e questioni di genere.

L'esperienza del SerD intramurario del Dipartimento Dipendenze Patologiche di Taranto

Nello specifico, alla fine del 2024, la Casa Circondariale di Taranto "C. Magli" ospitava 931 detenuti a fronte di una capienza complessiva di 500 detenuti.

Tra le problematiche più sentite oltre al sovraffollamento, nella struttura del capoluogo jonico vanno registrati i grandi numeri dei consumatori di sostanze (oltre 250 a cui vanno aggiunti quella senza diagnosi specialistica) e dei portatori di disturbi psichiatrici.

Inoltre, la pianta organica complessiva della polizia penitenziaria, tarata su una capienza di 500 detenuti, è stata rilevata pari a 349 unità. Al 30 giugno 2024 nella CC tarantina non si contava più di 311 unità, di cui 37 al nucleo traduzioni e piantonamenti. Al di là dell'evidente insufficienza numerica, l'età media degli agenti si attestava intorno ai 46 anni. Non è secondario ricordarlo, in quanto l'esonero dai turni notturni per il personale parte dai 50 anni. Malattia, congedi parentali o permessi per la legge 104 riducono poi, ulteriormente il personale a disposizione.

Da molti anni ormai, il SerD intramurario di Taranto si confronta con un'utenza ampia e complessa, offrendo in media il proprio apporto in chiave multidisciplinare (bio-psico-sociale) a circa 300 detenuti al mese, molti dei quali poliassuntori con una predominanza di distur-

bi da uso di stimolanti (cocaina e crack).

L'Équipe è composta da:

- Due dirigenti medici
- Due dirigenti psicologi-psicoterapeuti
- Due Specialisti ambulatoriali (5 ore sett.)
- Due assistenti sociale
- Un educatore professionale

La stessa persegue obiettivi che possono essere così sintetizzati:

- Offrire continuità terapeutica alle persone già in carico al SerD territoriale al momento della carcerazione;
- Avviare nuovi percorsi di cura per i detenuti che non hanno mai avuto accesso ai Servizi territoriali;
- Ridurre i danni correlati all'uso di sostanze legali e illegali e alle dipendenze comportamentali;
- Sostenere, progettando e lavorando con altri Enti pubblici e del Privato sociale, ad un reingresso il più possibile protetto nella società (libertà o misure alternative).

La complessità delle problematiche di cui sono portatori tanti detenuti, e per molti aspetti più ancora le detenute, richiedono un imprescindibile lavoro di rete integrato tra sistema penitenziario, servizi sanitari, sistema giudiziario (Tribunale di Sorveglianza, UEPE, Autorità giudiziaria, ecc.), tessuto socioeconomico del territorio (Associazionismo, Centri per l'Impiego, Aziende private, ecc.).

Non è mai semplice la convivenza tra salute e norma, ma l'operatore sanitario che agisce all'interno dei luoghi della detenzione, non dovrebbe farsi condizionare dalla presunta natura del paziente detenuto. Se anche la condizione di bisogno e la fisiologica volontà di alleggerire il proprio stato di reclusione, inducono a simulazioni, accentuazioni, tentativi manipolatori che utilizzano la salute come strumento per ottenere benefici durante la carcerazione, il sanitario, sconfinando in pregiudizi, non richiede valutazioni etiche e giudizi morali, non dovrebbe mai perdere di vista il mandato di cui è investito: la tutela della salute della persona. La riforma del 2008, introdotta dal D.lgs. n. 230 del 1999, con il transito della sanità e delle relative competenze alle Regioni dal Ministero della Giustizia, ha sollevato dubbi e perplessità pur rappresentando il necessario esito del tortuoso percorso verso il riconoscimento dell'uguaglianza tra il cittadino libero e il detenuto in termini di diritto alla salute.

«Le cornici e le mappe cognitive di una realtà organizzata rigidamente come quella della detenzione altro non sono che una costruzione sociale continuamente rinforzata e solo occasionalmente rinegoziata, dove il personale sanitario non deve limitarsi all'apodittica e puntigliosa osservanza delle procedure imposte. Il rischio è quello di un'adesione alle regole formali fine

a sé stessa, confondendo i mezzi con i fini, in un processo di "trasposizione delle mete" (Merton 1966, p.410)» (Lacatena, 2025, pp.32-33).

L'ingresso e le settimane precedenti la scarcerazione ("irradicamento e vertigine dell'uscita", Cassano, Tundo, 2009), sia pur per ragioni differenti, sono i momenti che espongono maggiormente a rischio la persona ristretta rispetto alla possibilità di insorgenza di nuclei depressivi, dissociativi, distruttivi, anticonservativi, spesso con esiti patologici imprevedibili (Mastantuono e al. 1975).

Proprio per questo, il SerD intramurario di Taranto ha sperimentato negli anni un'attenzione particolare per i cosiddetti "nuovi giunti", riuscendo, attraverso un'ormai collaudata collaborazione tra il presidio sanitario e l'organizzazione penitenziaria, a incontrarli tutti, garantendo un accompagnamento continuo soprattutto ai più giovani anche in presenza di consumo occasionale o di DUS lieve.

Similmente, i "dimittendi" sono orientati, con un osmotico lavoro di collaborazione con i SerD territorialmente competenti - rispetto alla residenza/domicilio del detenuto - per favorire l'incontro e/o la presa in carico.

L'Unità del Dipartimento Dipendenze Patologiche che opera all'interno della Casa Circondariale di Taranto è, infatti, quotidianamente impegnata nella tessitura professionale di una rete che permetta alla persona detenuta, prima e subito dopo la scarcerazione, di proseguire il trattamento farmacologico e psico-sociale presso il SerD territorialmente competente - rispetto al quale non sempre è presente documentazione e presa in carico pregressa - con un'accoglienza già programmata e appuntamenti già fissati, anche al fine di evitare ricadute, episodi di overdose, interruzioni di terapia farmacologica non concordata.

La psicoterapia come disinnesco

È nota la definizione del sociologo canadese Erving Goffman del carcere come istituzione totale, condizione che vede limitata non solo la libertà dell'ospite (suo malgrado) ma anche l'autonomia di tutti coloro che agiscono al suo interno (agenti, operatori sanitari, educatori, ecc.).

I tempi e le urgenze sono, spesso, imposti dall'alto e non sempre rispettano le esigenze individuali e personali del paziente e dello psicologo-psicoterapeuta.

Quest'ultimo all'interno del carcere è chiamato a confrontarsi con una realtà del tutto particolare dove molto diverse e complesse appaiono le più consuete dinamiche riscontrabili in ambito clinico o ambulatoriale. Basti dire che la stessa costruzione dell'alleanza terapeutica è complicata dalla reale possibilità che i

detenuti possano essere diffidenti a fronte di una domanda di verità o possano decidere di strumentalizzare il rapporto con l'operatore sanitario per ottenere benefici pratici e legati a tempi e modi della pena.

È necessario costruire la relazione terapeutica lentamente, nel rispetto della persona che di questo sembra particolarmente affamato. Un piccolo gesto, una domanda specifica in un momento particolare, un gesto di vicinanza, un sorriso possono essere davvero gli strumenti per arrivare a un lavoro sulla motivazione al cambiamento anche rispetto alla diffidenza e al cinismo come difesa, modalità particolarmente diffuse in ambito penitenziario.

Come un artificiere, ma anche un po' equilibrista, non si può lavorare in carcere senza una formazione specifica e più ancora senza un puntuale training personale e una necessaria e costante supervisione del vissuto personale e del proprio mondo emotivo. Diversamente si rischierebbe di scivolare verso le disregolazioni emotive piuttosto che attivare il contenimento e la modulazione.

Altrettanto dirimente è, però, la possibilità di agire in sicurezza, riducendo il più possibile il rischio di aggressioni e risposte disfunzionali, pur garantendo i crismi di base di un lavoro di sostegno psicologico e di un percorso di psicoterapia condivisa con il paziente detenuto.

Se dalla psicoterapia in carcere, poi, ci si aspetterebbe che lavori sul disturbo psicopatologico, la stessa nel contesto della detenzione è soprattutto chiamata ad affrontare il disagio emotivo e sociale.

La rabbia, spesso alleata in un percorso di rielaborazione degli eventi, nei luoghi della detenzione va riconosciuta, accolta e contenuta fino allo sviluppo di nuove strategie dell'assistito.

Per questo, e non solo, lo psicologo deve provare ad avocare a sé i tratti dell'artificiere chiamato a disinnescare quei sentimenti di ira che possono sfociare in atti di violenza etero e auto diretti. Al contempo, però, deve lavorare affinché quella stessa rabbia non venga schiacciata dalle regole del carcere o, peggio, lasciata a sostegno di un processo continuo di sollecitazione della reattività e dell'impulsività.

In estrema sintesi si tratta di disattivare o fare esplodere in modo controllato, utilizzando tecniche e luoghi specifici nel più aspecifico dei luoghi che è il carcere. Al di là di quanto richiesto istituzionalmente in termini di valutazione psicologica, lo specialista deve aiutare il detenuto a identificare e verbalizzare i suoi bisogni, valorizzando risorse e opportunità, ma anche deve sostenerlo nel riconoscere e coscientizzare ansia, depressione, senso di colpa affinché lo stesso possa fortificare quando non costruire ex novo una stabilità

emotiva.

In una presentificazione del tempo che la persona ristretta valuta spesso come necessaria, lo psicoterapeuta deve aiutare il detenuto a non dimenticare di essere in quel momento anche paziente e che il passato e il futuro, pur generando rispettivamente ansia e paura, sono terreni da percorrere per ritrovare ben più che tracce di sé.

Lo psicoterapeuta dell'Équipe intramuraria di un Dipartimento Dipendenze Patologiche dovrebbe respingere – e questo può farlo solo se forte di un percorso di conoscenza di sé e di un bagaglio professionale fatto di saperi ma anche di esperienze – la trappola dell'assimilazione alla visione e alla missione del luogo in cui opera.

Fuori da ogni possibile valutazione morale, la persona detenuta necessita di uno sguardo che deve andare oltre il reato – se non per favorire il cambiamento comportamentale e il superamento di quanto potrebbe aver contribuito alla commissione del reato stesso – e oltre l'uso di sostanza.

La persona non è il reato, non è neanche l'eventuale sostanza di cui ha fatto uso o dalla/e quale/i è dipendente. La persona è molto di più, in qualsiasi contesto si trovi.

Ancora in chiave disinnescando, è poi importante il contributo che questa figura può offrire negli istituti di pena attraverso lo strumento della consulenza alla direzione e al personale penitenziario, contribuendo alla lettura di dinamiche interne anche tra staff e popolazione detenuta per un clima più disteso e sicuro. La partecipazione all'osservazione del percorso dei detenuti finalizzata alla definizione dei piani di trattamento e reinserimento si è rivelata, dall'esperienza di chi scrive, fondamentale per evitare una spersonalizzazione omologante che già permea la vita carceraria vista dall'istituzione, sebbene tale condizione può generare conflitti etici, richiedendo una ben definita consapevolezza deontologica.

La sensazione, infatti, che in alcuni casi ricorre è proprio quella di un ruolo di interposizione tra ospiti e ospitanti per facilitarne la convivenza, lavorando su un altro piano, per facilitare la convivenza tra detenuti e, infine, tra detenuto e sé stesso.

È quanto mai necessario che il professionista sappia valutare i tempi e i modi per realizzare quel bilanciamento che è possibile, contro ogni estremismo stigmatizzante, tra sicurezza e riabilitazione. La necessità di garantire la sicurezza in alcun modo deve, infatti, limitare gli interventi riabilitativi.

Quando ciò è avvenuto nel contesto della Casa Circondariale di Taranto, la percezione registrata da parte dell'intera Équipe del SerD intramurario è stata

quella dell'abbassamento del livello del pregiudizio riguardo ai detenuti e della possibilità di un reale percorso di riabilitazione, pur consapevole della necessità dell'intervento di altri fondamentali elementi, soprattutto all'esterno del luogo della detenzione, per un pieno cambiamento.

Conclusioni

La crescente aspettativa di regolamentazione (accordi di programma, protocolli, standard procedurali) può accrescere l'ambiguità, nella pretesa di eliminarla una volta per tutte, così come l'assenza di ogni dubbio può appartenere al mondo delle procedure e della detenzione non certo a quello della salute, dove la mancanza di assoluti dovrebbe rappresentare l'alimento quotidiano. Per questo e per tanto altro, sarebbe utile tenere in considerazione alcune proposte frutto della prassi quotidiana degli operatori sanitari del SerD intramurario, dalle quali i decisori politici non dovrebbero prescindere, codificando in maniera puntuale e univoca quanto ad oggi è spesso delegato alla sensibilità e all'etica dei professionisti.

Dall'esperienza dell'Équipe intramuraria della Casa Circondariale di Taranto, in sintesi, e senza pretesa di esaustività, anzi, queste sono una parte delle riflessioni-proposte scaturite nel tempo:

- formazione specialistica e informazione aperta agli attori in campo (sanitari e no, compresi i detenuti);
- supervisione esterna e continua dell'operato dei professionisti del SerD intramurario;
- immediata presa in carico e sostegno multidimensionale (sanitario-clinico e psico-socioeducativo) da parte dell'équipe SerD intramurario tale da favorire la cura di sé e i percorsi di screening sulle possibili patologie alcol e droga correlati e non solo;
- diagnosi consumatore/dipendente con proposta della misura alternativa direttamente da realtà possibilmente intermedie (mondo della giustizia/mondo della salute) istituite ad hoc. Valutazione non rigidamente limitata a strumenti bio-medici e monitoraggio psico-socioeducativo all'ingresso, durante il percorso e all'uscita;
- continuità del trattamento in carcere e protocollo dimittendi personalizzato a cura dell'équipe SerD (intra e extra muraria) perché la fine della detenzione (e della pena) non si traduca nella fine dell'interesse per la salute della persona;
- maggiore attenzione nei confronti della donna detenuta con DUS per la quale il carcere rappresenta, per ragioni socioculturali, un ulteriore stigma e un ulteriore elemento depressogeno derivante dall'impossibilità di rispondere a due dei pochi ruoli che le vengono rico-

nosciuti all'esterno: figlia (assistenza ai propri genitori) e, in presenza di prole, madre;

- personale multidisciplinare dedicato in maniera esclusiva al SerD intramurario il che suggerisce non solo la revisione di alcuni dettati normativi ma il potenziamento dei SerD e del Privato Sociale.

Tutto ciò - e altro ancora - perché il carcere non sia tempo privato di opportunità di salute o, peggio, luogo di immobilizzazione e patologizzazione di corpo e mente.

Bibliografia

- Cassano, G.B., Tundo, A. (2009) *Psicopatologia e clinica psichiatrica*, Utet, Torino.
- Lacatena, A.P. (2025), "Quando le istanze securitarie incidono sul lavoro degli operatori sanitari" articolo in Rivista "Voci di dentro", Periodico dell'Associazione "Voci di dentro" Odv scritto con i detenuti della Casa Circondariale di Chieti e Pescara, Anno XIX, n.56, giugno 2025.
- Mastantuono, G., Della Rovere, M., D'Errico, E. (1975), *Trauma da ingresso in carcere*, in www.medicinapenitenziaria.com
- Merton, R. (1966), *Teoria e struttura sociale*. Vol. 2: *Studi sulla struttura sociale e culturale*, Il Mulino, Bologna

3.3

INTRODUZIONE DELLA BUPRENORFINA INIETTIVA PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI BIELLA: PERCORSO ASSISTENZIALE

Flor F.*, Mosca L., Currò C.

ASL BI/Casa Circondariale ~ Biella ~ Italy

Dipsa ff Dott FABIANO ZANCHI

Rad Dott.ssa CINZIA ROLLINO

Dirigente sanitaria Casa Circondariale BI

Dott.ssa GIGLIOLA TOPAZZO

Dirigente sanitario SerD BI Dott. LORENZO SOMAINI

*Équipe infermieristica Casa Circondariale BIELLA
(Lorena Mosca, Monica Bisella, Loretta Cappello,
Martino Catellani, Claudio Currò, Giovanni Dainotto,
Cristina De Lima, Ramona Farauanu, Filomena Flor,
Andrea Mauretto, Graziella Martucci, Marina Pelle, Elena
Tempia Scopello)*

Presentazione di un'esperienza di recente attuazione (da marzo 2025) circa il passaggio ad una tipologia di farmaco fino ad allora mai utilizzata all'interno della nostra Casa Circondariale e ad oggi in uso solo in pochissime realtà carcerarie in Italia.

L'esperienza si è sviluppata all'interno della Casa Circondariale di Biella, la cui realtà sarà descritta in sede di presentazione (strutture, figure professionali e non) rifacendosi all'attuale normativa di riferimento della sanità penitenziaria ed al Codice deontologico infermieristico i cui articoli di riferimento sono:

- art.4 Relazione/cura;
- art.8 Educazione e formazione;
- art.10 Conoscenza/formazione/aggiornamento;
- art.22 Strategie e modalità comunicative;
- art.30 Valori e comportamenti nella comunicazione;
- art.31 Nuove tecnologie;
- art.34 Partecipazione al governo clinico;
- art.36 Documentazione clinica.

L'importanza fondamentale, anche all'interno di una realtà carceraria, è la presa in cura e la continuità assistenziale, la costruzione di una relazione terapeutica che si focalizzi sui bisogni assistenziali dei pazienti detenuti e quelli in carico al SerD, che più di altri possono presentare stati di salute compromessi causati dai

passati stili di vita e dalle attuali condizioni dovute alla reclusione.

L'obiettivo della modifica terapeutica è stato quello di far fronte alle difficoltà rilevate durante e dopo la somministrazione della Buprenorfina nella forma farmaceutica prima di compressa ed in un secondo tempo sotto forma di film sublinguale: alto rischio di diversione dei farmaci sostitutivi, difficile controllo, non corretta assunzione di farmaco, vendita o cessione del farmaco o parti di esso ad altri detenuti con importanti conseguenze sanitarie.

Per far fronte alle difficoltà sopracitate, dopo attenta valutazione interdisciplinare, la decisione ultima è il passaggio da film sublinguali alla soluzione iniettabile a rilascio prolungato (depot) garantendo un'assunzione più sicura del farmaco e riducendo lo spaccio clandestino di Buprenorfina.

Dopo approvazione da parte dei Direttori responsabili, considerato anche l'elevato costo del farmaco iniettabile rispetto alle altre forme farmaceutiche, il metodo utilizzato per attuare il cambiamento ha visto una prima fase di formazione ed informazione (scheda Aifa/foglietto illustrativo) da parte del Dirigente SerD a tutto il personale sanitario della Casa Circondariale: personale infermieristico, dirigente sanitario e medici di guardia.

Nella seconda fase sono intercorsi colloqui individuali tra Dirigente SerD, personale infermieristico e pazienti/detenuti in terapia con Suboxone (buprenorfina+ naloxone).

Tali colloqui hanno avuto lo scopo di informare, dare spazio all'ascolto, fornire risposte e descrivere loro le possibilità di scelta per la sostituzione del film sublinguale di Suboxone:

- passaggio ad altro farmaco sostitutivo (Metadone);
- scalaggio del Suboxone film fino alla sospensione dello stesso;
- passaggio a Buprenorfina soluzione iniettabile a rilascio prolungato.

Nella terza fase, a seguito dei colloqui intrapresi, il Dirigente SerD ha delineato per ognuno un percorso terapeutico.

Nella fase successiva sono avvenute le prime somministrazioni sotto supervisione dei medici SerD.

Nelle giornate seguenti si pone particolare attenzione all'osservazione, raccolta di segni e sintomi da riferire

ai medici di guardia, ai medici SerD, ed eventuali altre figure coinvolte.

Quando il percorso di cura si è consolidato avviene la calendarizzazione delle successive somministrazioni gestite in autonomia dal personale infermieristico.

Si è reso necessario individuare un percorso diverso rispetto all'approvvigionamento del farmaco precedente. Il Suboxone film viene mantenuto in struttura per la temporanea gestione terapeutica dei pazienti «nuovi giunti» fino a definire la loro scelta terapeutica.

Fondamentale per la riuscita del progetto è stata la collaborazione di tutti i membri dell'équipe SerD sia territoriali sia interni alla Casa Circondariale con l'area sanitaria.

A supporto del cambiamento è stata redatta una documentazione cartacea relativa alla somministrazione del farmaco con monitoraggio della rotazione delle sedi di iniezione. Tali dati vengono anche registrati sul programma deputato alla gestione informatizzata della somministrazione della terapia sostitutiva.

A marzo 2025 erano in 12 i detenuti in terapia con Suboxone, di questi nessuno ha scelto il passaggio ad altro farmaco sostitutivo (Metadone), 1 ha scelto lo scalaggio fino alla sospensione del farmaco ed i restanti 11 hanno accettato il passaggio alla formulazione iniettiva.

Il vantaggio principale è stato la corretta assunzione del farmaco e l'annullamento completo dello spaccio della sostanza «in uscita dall'infermeria».

Verranno descritti due esperienze particolari:

- un esempio di situazione di riferita allergia ad un eccipiente della formulazione iniettabile;
- un esempio in cui un detenuto «ritorna a vivere serenamente» perché non più sottoposto alla costrizione dello spaccio.

3.4

PROGRAMMI TERAPEUTICI ALTERNATIVI AL CARCERE: L'ESPERIENZA DELLA CASA CIRCONDARIALE DI PAVIA NEL TRIENNIO 2022/2025. RIFLESSIONI, CRITICITÀ E SCENARI FUTURI

Di Pietro G.*, Carnì A., Demarchi L., Ferro F.

*S. C. Sanità penitenziaria (generale e specialistica) -
S.S. Sanità penitenziaria (generale e specialistica) di
Pavia- Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze
(DSMD) ~ Pavia ~ Italy*

Il presente studio ha lo scopo di presentare l'esito di misure terapeutiche alternative al carcere realizzate nel triennio 2022-2025 presso la Casa Circondariale di Pavia, avviando una riflessione sull'elevato tasso di drop out.

Introduzione

Le misure alternative alla detenzione sono strumenti previsti dall'ordinamento penitenziario italiano che consentono ai detenuti (imputati o condannati) di scontare la pena, in tutto o in parte, al di fuori del carcere, favorendone la rieducazione e il reinserimento in società. I detenuti tossicodipendenti ed alcool dipendenti in carico al SerD, hanno la possibilità di richiedere delle misure alternative di tipo terapeutico dedicate, previste dall'art. 94 del D.P.R. 309/90, meglio noto come il "Testo Unico delle norme in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope: prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza".

Come recita l'articolo 94, "se la pena detentiva deve essere eseguita nei confronti di persona tossicodipendente o alcolodipendente che abbia in corso un programma di recupero o che ad esso intenda sottoporsi, l'interessato può chiedere in ogni momento di essere affidato in prova al servizio sociale per proseguire o intraprendere l'attività terapeutica sulla base di un programma da lui concordato con una azienda unità sanitaria locale o con una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116. L'affidamento in prova in casi particolari può essere concesso solo quando deve esse-

re espiata una pena detentiva, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni od a quattro anni se relativa a titolo esecutivo comprendente reato di cui all'articolo 4-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni. Alla domanda è allegata, a pena di inammissibilità, certificazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata accreditata per l'attività di diagnosi prevista dal comma 2, lettera d), dell'articolo 116 attestante lo stato di tossicodipendenza o di alcol dipendenza, la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche, l'andamento del programma concordato eventualmente in corso e la sua idoneità, ai fini del recupero del condannato".

Il suddetto articolo si inserisce all'interno di una più ampia normativa, sviluppata negli anni '90 per contrastare il fenomeno crescente in Italia dell'abuso di droghe pesanti, per lo più eroina, sostanza che aveva iniziato a mietere molte vittime. Oltre ad essere una questione di sanità pubblica, l'abuso di sostanze stupefacenti costituiva, e continua a rappresentare tutt'oggi, un problema di pubblica sicurezza, giacché molti reati sono strettamente correlati alla condizione di alcol dipendenza e tossicodipendenza. Basti pensare ai numerosi reati contro il patrimonio (furti e rapine), attuati per procurarsi il denaro necessario all'acquisto di sostanze stupefacenti, così come una moltitudine di reati violenti contro la persona (maltrattamenti, lesioni, violenze) commessi in stato di intossicazione acuta. Vi sono poi quei reati, disciplinati all'interno del D.P.R. 309/90, legati specificatamente alle droghe, ovvero l'art. 73, detenzione illecita di sostanze stupefacenti e spaccio, e l'art. 74, associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope: la legge italiana, nell'intento di contrastare la diffusione di droghe sul nostro territorio, permette di distinguere il mero possesso di sostanze per uso personale dall'attività strutturata di spaccio, finalizzata esclusivamente al profitto economico. Tale distinzione si basa per lo più sulle quantità di droga intercettate e sul grado di organizzazione dell'attività, sebbene chi lavora nell'ambito della tossicodipendenza sa bene quanto il discrimen tra guadagno e necessità personale sia spesso molto sfumato.

Fra la popolazione detenuta, l'abuso di sostanze stupefacenti rappresenta un fenomeno molto diffuso.

Secondo i dati ufficiali del ministero, al 31/12/2000 erano presenti nelle carceri italiane 14.440 tossicodipendenti pari al 27,23 % della popolazione detenuta e soltanto 1.293 (8,9 %) erano in trattamento metadonico. Tale dato mette in luce il progressivo modificarsi degli stili d'abuso di sostanze, non solo fra chi è sot-

toposto a misure privative e limitative della libertà personale, ma anche nella popolazione generale: negli ultimi decenni l'abuso di cocaina ha scavalcato quello di oppiacei, e si è assistito inoltre al crescente fenomeno del policonsumo.

Il numero di persone con sentenza definitiva per violazione degli artt. 73 e/o 74 del DPR n.309/1990 nel corso del 2024 costituiva il 12% circa delle persone condannate iscritte nel sistema informativo del Casellario giudiziale, confermandosi tra le condanne più frequenti dell'ultimo quinquennio. Nel periodo 2020-2024, circa il 28% delle persone condannate definitivamente per reati droga-correlati è risultato recidivo.

I dati sopra menzionati evidenziano in modo inequivocabile lo stretto legame fra droga e criminalità, nonché la necessità di intervenire dal punto di vista terapeutico, affinché un'importante problematica di tipo sanitario come la tossicodipendenza incida il meno possibile sul sistema giudiziario italiano.

Le percentuali di detenuti alcol e tossicodipendenti si sono attestate negli anni successivi alla pubblicazione del Testo Unico intorno al 30% sul totale della popolazione delle carceri italiane: se da una parte è incrementata l'abitudine al consumo di droghe, dall'altra hanno trovato una sempre più ampia diffusione le misure terapeutiche alternative al carcere. Lo scopo fondamentale di tali dispositivi socio-sanitari consiste nel favorire la cura dell'alcol dipendenza e della tossicodipendenza al di fuori del carcere, presso idonei ambienti residenziali (comunità terapeutiche) e territoriali (SerD, SMI, NOA, CPS, Centri Diurni), in modo tale non solo da alleggerire la pressione sui penitenziari italiani, cronicamente sovraffollati, ma soprattutto al fine di prevenire le recidive, in tutti quei casi in cui vi sia una stretta correlazione fra l'abuso di sostanze psicotrope e i reati commessi.

Lo studio: obiettivi, caratteristiche del campione e metodi

All'interno della Casa Circondariale di Pavia sono ristretti 700 detenuti, dei quali circa 250 (poco più di un terzo) risultano in carico al SerD interno, più o meno in linea con le statistiche nazionali, seppur con un dato lievemente sopra la media. Per quanto concerne la problematica del GAP (Gioco d'Azzardo Patologico), essa non è un criterio sufficiente per essere certificati all'interno dell'istituto penitenziario e per accedere ad eventuali programmi terapeutici alternativi al carcere, sebbene sia presente un'équipe dedicata esterna, che segue i detenuti ludopatici attraverso appositi percorsi intramurari.

A fronte della numerosità di soggetti alcolisti e tossicodipendenti nel carcere pavese, e in considerazione

delle pene per lo più brevi che essi si trovano a scontare, le misure alternative alla detenzione ai sensi dell'art. 94 del noto D.P.R. 309/90 hanno trovato negli anni ampia applicazione. Tuttavia, molti sono stati i benefici revocati dalle autorità giudiziarie preposte a vigilare sul loro svolgimento (Magistrato di Sorveglianza e Tribunale di Sorveglianza), soprattutto per inosservanza delle regole che li normano e, nei casi più gravi, a causa della commissione di nuovi reati.

L'intento dell'équipe SerD interna all'Istituto Penitenziario pavese è stato pertanto quello di monitorare l'andamento nel tempo dei programmi terapeutici in corso e valutarne l'esito al termine dell'espiazione delle relative condanne, cercando di individuare possibili legami tra differenti variabili e la buona riuscita o il drop out delle misure predisposte.

La quasi totalità dei programmi terapeutici è stata espletata in regime di affidamento terapeutico ex art.94 (ovvero con una o più condanne definitive); in taluni casi le misure sono state concesse con una misura cautelare in corso, ovvero in regime di arresti domiciliari (ex art. 89, D.P.R. 309/90) da scontare presso una comunità terapeutica. L'indagine di follow up riguarda i programmi rilasciati nell'arco del triennio che va da marzo 2022 a marzo 2025.

Il campione in oggetto è costituito da 104 detenuti di sesso maschile, di cui 74 italiani e 30 stranieri. La popolazione straniera maggiormente rappresentata è quella marocchina (12 soggetti); seguono, in ordine numerico decrescente, detenuti di nazionalità albanese, rumena, tunisina ed egiziana, per finire con singoli soggetti provenienti da Stati Uniti, Libia e Brasile. Il range di età varia dai 19 e i 58 anni, con un'età media di 36 anni.

Il grado di scolarità dei detenuti tossicodipendenti di Pavia è per lo più basso: la maggior parte di essi ha interrotto gli studi dopo il conseguimento della licenza media; segue un modesto numero di soggetti diplomati, mentre 9 di loro hanno raggiunto solo la licenza elementare. Il campione annovera solo 3 soggetti laureati; per finire, 3 detenuti hanno dichiarato di essere analfabeti.

Rispetto alle diagnosi, effettuate secondo i criteri del DSM-IV, si è scelto di includere le variabili relative alla sostanza primaria utilizzata e l'abitudine del policonsumo. Dall'analisi dei dati emerge una netta prevalenza della diagnosi di "Dipendenza da cocaina", che interessa quasi il 65% del campione totale. Segue una consistente fetta di pazienti (quasi il 20%) in carico al SerD per "Dipendenza da oppiacei", mentre una minoranza di utenti è certificata per "Dipendenza da alcol" e "Dipendenza da cannabinoidi". In un solo caso la sostanza primaria utilizzata è rappresentata dalle

amfetamine.

L'abitudine del policonsumo costituisce un trend prevalente, che interessa 3/4 dei soggetti presi in esame, a testimoniare la complessità del fenomeno dell'abuso di sostanze psicotrope, e il cambiamento delle modalità d'uso rispetto al passato.

La dipendenza da alcol e/o altre sostanze stupefacenti è accompagnata da una diagnosi psichiatrica in una ristretta fascia del campione oggetto dell'indagine: le psicopatologie più rappresentate, secondo i criteri del DSM-V, sono il Disturbo Bipolare e il Disturbo Borderline di Personalità, seguono la Disabilità intellettiva, la Schizofrenia e il Disturbo da Stress Post Traumatico.

I detenuti che hanno avuto accesso alle misure terapeutiche alternative al carcere all'interno dell'Istituto penale pavese nella metà dei casi sono stati condannati per reati contro il patrimonio (furti, rapine, truffe). Segue una considerevole fetta (un terzo sul totale) di autori di reati violenti contro la persona, ovvero lesioni, maltrattamento, stalking, violenza sessuale, tentativo omicidio e, in due casi, omicidio. Circa un quinto dei soggetti in esame si trovava in carcere per spaccio; infine 4 programmi terapeutici sono stati rilasciati per reati minori di altro tipo, come resistenza a Pubblico Ufficiale e falsa testimonianza.

I pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione di idoneità da parte di un'équipe multidisciplinare costituita da un medico, uno psicologo e un'assistente sociale. La valutazione è stata espletata prevalentemente mediante colloqui di tipo motivazionale, avvalendosi in taluni casi della somministrazione di test cognitivi (Matrici Progressive di Raven, WAIS-IV) e questionari psicologici (SCL-90, SCID) per sondare le risorse e le caratteristiche di personalità dei soggetti. Dei 104 soggetti reputati idonei 67 sono stati inseriti all'interno di comunità: 44 in modulo pedagogico-riabilitativo; 14 in modulo terapeutico-riabilitativo; 9 in modulo doppia diagnosi. I pazienti inviati in affidamento territoriale, per la maggior parte con attività di lavoro o volontariato, in alcuni casi con l'inserimento presso Centri Diurni semi-residenziali, sono stati 40; dell'intero campione, a tre detenuti è stato concesso l'affidamento in prova in due occasioni, per un totale di 107 programmi rilasciati. Le misure alternative sono state realizzate nella quasi totalità in territorio lombardo, in quattro casi fuori regione, ovvero in Liguria, Piemonte, Emilia-Romagna e Sicilia.

I dati sull'andamento e sugli esiti delle suddette misure alternative sono stati reperiti mediante un lavoro di rete con i servizi territoriali e con le comunità terapeutiche, nel rispetto della privacy dei pazienti, i quali al

momento della valutazione diagnostica e della successiva presa in carico hanno espresso il loro consenso informato al trattamento dei dati personali anche per fini di ricerca.

Si è scelto di valutare la buona riuscita della misura alternativa basandosi fondamentalmente sul suo completamento entro il fine pena, pur consapevoli del fatto che un valido programma terapeutico non possa essere vincolato ai tempi della giustizia. Tale decisione è stata dettata dalla complessità delle variabili intervenienti, nonché dalla difficoltà di reperire informazioni sui soggetti dopo un lungo lasso di tempo dalla scarcerazione.

Discussione sui risultati

Dall'indagine effettuata, al mese di agosto 2025 i programmi terapeutici ancora in corso sono risultati essere 25 su 104. Rispetto al campione totale, su tre utenti non è stato possibile reperire le informazioni richieste per mancata risposta da parte dei servizi. Le misure alternative ex art. 94 portate a compimento sono state in totale 39, mentre i programmi interrotti sono stati 40: tali interruzioni (e conseguenti rientri in carcere) si sono verificate nella quasi totalità dei casi per revoche da parte dell'autorità giudiziaria (Magistrato di Sorveglianza, Tribunale di Sorveglianza, Giudice). In due casi si è trattato di dimissioni volontarie da parte dei pazienti, per regole comunitarie percepite come eccessivamente stringenti. Un caso di sospensione della misura alternativa è stato causato da gravi motivi di salute che hanno reso impossibile la prosecuzione del programma; un altro soggetto si è visto invece costretto a rientrare in carcere per il sopraggiungere di una nuova condanna definitiva, che ha comportato il superamento del residuo di pena massimo consentito per accedere al beneficio di legge. Due pazienti invece non si sono mai presentati al SerD dopo la scarcerazione, e uno non è mai pervenuto presso la comunità che avrebbe dovuto accoglierlo. Le revoche hanno interessato in egual misura affidamenti territoriali e residenziali, evidenziando un tasso di drop out pari al 50%. Dai risultati sopracitati è possibile effettuare numerose considerazioni. In primis, emerge un'evidente difficoltà da parte dei pazienti coinvolti nei programmi terapeutici alternativi alla detenzione nel rispettare le regole che ne stanno alla base: ciò è sicuramente attribuibile in larga misura a caratteristiche personali come l'impulsività, la difficoltà a riconoscere ed accettare i limiti, la disregolazione emotiva e comportamentale, comuni tanto nei Disturbi da uso di sostanze quanto nei soggetti con tratti di personalità antisociali, ampiamente diffusi nella popolazione carceraria.

D'altra parte, sarebbe utile interrogarsi anche sulla

capacità dei dispositivi socio-sanitari di andare incontro alle peculiarità dei pazienti in trattamento. Episodi come ricadute nell'abuso di sostanze, se per una persona libera costituiscono quasi la norma (come evidenziato dai modelli teorici sul cambiamento per stadi), per un individuo in misura alternativa ciò comporta una nuova privazione della libertà personale.

Una seconda riflessione riguarda il fallimento della quasi totalità delle misure alternative per i pazienti con doppia diagnosi: è evidente che la presenza di comorbidità psichiatrica complica il quadro clinico e, con esso, riduce la capacità di tenuta all'aumentare dei gradi di libertà concessi. Inoltre, la maggior parte dei soggetti del campione è costituito da poliassuntori, con diagnosi prevalente di Dipendenza da cocaina, spesso associata ad abuso di alcol e, con minor frequenza, a Dipendenza da Oppiacei. Si tratta pertanto di pazienti complessi, con dipendenze gravi, difficilmente incasellabili all'interno di categorie diagnostiche omogenee.

I dati del presente follow up rivelano altresì che i programmi terapeutici portati a termine sono trasversali alla tipologia di reato commesso, a prescindere dalla gravità e dalla "vittima" (ad esempio persona o patrimonio). Una possibile interpretazione dei risultati ottenuti, potrebbe far pensare che, al netto di diagnosi psichiatriche e limitazioni cognitive, il fattore maggiormente predittivo della buona riuscita delle misure alternative terapeutiche sia la motivazione al cambiamento, ovvero la volontà di allontanarsi dalle sostanze d'abuso e, al contempo, il desiderio di abbandonare condotte delinquenziali.

È importante sottolineare inoltre che, nonostante la motivazione intrinseca al cambiamento, molte misure alternative al carcere non sono state elaborate a causa di barriere esterne: dai problemi burocratici, come la mancanza di residenza fissa, alla povertà di risorse esterne (disponibilità all'accoglienza e di lavoro e/o volontariato per le misure territoriali), per arrivare alle carenze strutturali dei servizi socio-sanitari. Sebbene la Lombardia sia la regione con maggiore unità d'offerta di comunità terapeutiche sul territorio italiano, il numero sempre più elevato di richieste di trattamento riabilitativo residenziale porta ad un gap difficilmente colmabile, con lunghe liste d'attesa che ostacolano un intervento tempestivo e mirato. Per di più molte comunità consentono l'ingresso di un numero limitato di utenti in misura alternativa, richiedendo di frequente anche il possesso di Permesso di Soggiorno in corso di validità per gli extracomunitari. In linea con quanto appena esposto, emerge un ulteriore dato: la difficoltà di accesso per gli stranieri alle misure alternative. Nel campione in esame la nazionalità italiana è infatti

sovrarappresentata, a fronte di una popolazione in carico al SerD interno al carcere di Pavia costituita da più della metà di stranieri (per lo più extra-comunitari).

Un discorso a parte meritano i limiti di accesso alle misure alternative attribuibili alla tipologia di reato: per chi commette ad esempio reati sessuali, l'affidamento residenziale e semi-residenziale viene quasi sempre precluso, per l'impossibilità delle strutture riabilitative di garantire l'incolumità dei soggetti coinvolti.

Conclusioni

La presente ricerca presenta senza dubbio diversi limiti: dall'esiguità del campione, al numero ristretto di variabili prese in esame. Sarebbe interessante, ad esempio, indagare fra le caratteristiche dei soggetti coinvolti la presenza di supporto familiare/sociale, che sappiamo rivestire un ruolo importante nella motivazione al cambiamento. La decisione di non includere tale variabile è stata dettata da motivi contingenti, ovvero dalla difficoltà nel sistematizzare i dati, essendo presenti molti utenti con figli e/o mogli lontani territorialmente, o con situazioni familiari estremamente complicate.

Un altro limite del lavoro è costituito dal considerare la riuscita della misura alternativa sulla base della mera conclusione dell'affidamento a fine pena, giacché una profonda motivazione alla cura dovrebbe prescindere dai vincoli giuridici. Inoltre, sarebbe auspicabile estendere il follow up a distanza di tempo dalla realizzazione delle misure alternative, per indagare la reale capacità di queste ultime di ridurre le recidive. L'indagine svolta non ha dunque la pretesa di essere esaustiva, bensì intende offrire spunti di riflessione sulle concrete possibilità di realizzazione dei programmi terapeutici alternativi al carcere, a partire dall'esperienza concreta della Casa Circondariale di Pavia. Il drop out nell'ambito delle misure alternative da elemento scomodo, e spesso taciuto, può trasformarsi in un'occasione di continuo miglioramento dei servizi offerti per la cura delle dipendenze nel contesto penitenziario italiano.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association, Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali.
- Decreto del Presidente della Repubblica n° 309 del 9 ottobre 1990: Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.
- Prochaska e Di Clemente, Modello Trans-teorico del

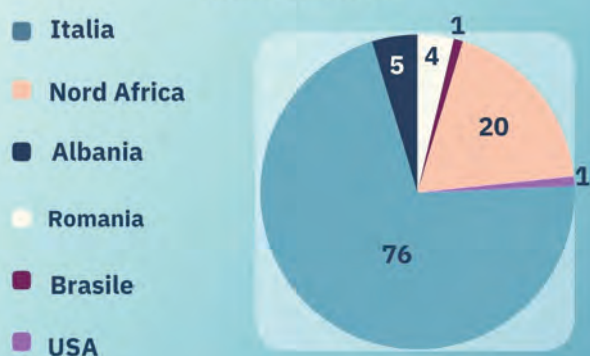
cambiamento, 1983.

- Legge 26 luglio 1975, n°354: Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure private e limitative della libertà.
- Legge 21 febbraio 2006, n°49: Disposizioni per favorire il recupero dei tossicodipendenti recidivi e modifiche al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione,

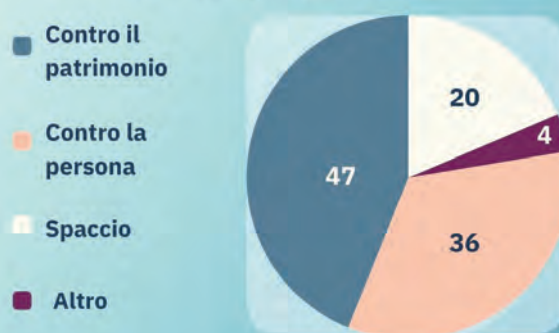
cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n°309.

- Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, 2025 (Ministero della Giustizia – Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Direzione Generale degli Affari Interni – Ufficio III).
- www.ristretti.it, Carcere e droga: il percorso a ostacoli.

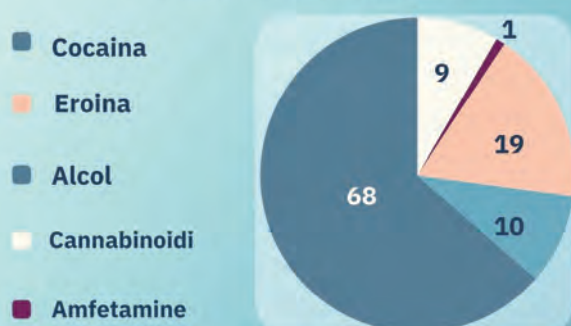
Nazionalità



Reato principale



Sostanza primaria



Tipologia misure alternative

ex art. 94 e 89 DPR 309/90



Comorbidità psichiatrica



Esito misure alternative

ex art. 94 e 89 DPR 309/90



3.5

RENDERE ESIGIBILE IL DIRITTO ALLA CURA NEI CONTESTI DI DETENZIONE E VULNERABILITÀ

Masala F.*

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina/Dipartimento di Assistenza Distrettuale (DAD) - di Area Giuliana/Funzione Sanità Penitenziaria ~ Trieste ~ Italy

Un modello multidisciplinare per l'eradicazione del virus dell'epatite C in carcere: il percorso della Sanità Penitenziaria dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, nella Casa Circondariale di Trieste, dimostra che il diritto alla cura è esigibile anche in contesti critici, se l'intervento è tempestivo, strutturato e monitorato.

Introduzione

La Casa Circondariale di Trieste Ernesto Mari è un istituto penitenziario a custodia mista, caratterizzato da un elevato turnover della popolazione detenuta e da condizioni di sovraffollamento cronico. Al 17 settembre 2025, risultano presenti 244 detenuti a fronte di una capienza regolamentare di 150 posti, con un tasso di saturazione del 170%. Circa il 70% della popolazione è di origine straniera, con prevalenza di soggetti provenienti dall'Est Europa, dal Nord Africa e dall'Asia meridionale. Questa composizione eterogenea, associata alla frequente presenza di patologie infettive, disturbi da dipendenza e problematiche psichiatriche, rende la presa in carico sanitaria particolarmente complessa. Le barriere linguistiche, culturali e burocratiche ostacolano l'accesso tempestivo alle cure, amplificando le disuguaglianze e mettendo in discussione il principio di equità.

In ambito penitenziario, il diritto alla salute – sancito dall'art. 32 della Costituzione e dalla Legge 230/1999 – non può essere sospeso né subordinato alla condizione giuridica o sociale del detenuto. L'equità non è soltanto un obiettivo clinico, ma un imperativo etico: significa garantire a ogni individuo, anche in condizioni di restrizione della libertà, l'accesso a cure appropriate, tempestive e non discriminatorie.

In questo contesto, il tempo diventa una variabile critica: ogni fase del percorso sanitario deve essere scandita e monitorata per evitare ritardi che possano compromettere diagnosi, trattamento e continuità assi-

stenziale. L'effettiva esigibilità del diritto alla cura si misura anche nella capacità del sistema di rispettare i tempi clinici e organizzativi, rendendo l'intervento sanitario efficace e sostenibile.

Il carcere può trasformarsi da luogo di esclusione a spazio di giustizia sanitaria. L'equità diventa il criterio guida per superare le criticità strutturali del sistema penitenziario e per costruire modelli di intervento capaci di includere, curare e proteggere.

Nel 2017, la Funzione di Sanità Penitenziaria dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) Area Giuliana ha avviato un percorso per la micro eradicazione del virus dell'epatite c (HCV), evolutosi in un modello operativo multidisciplinare che rende effettivo il diritto alla cura anche nei contesti più fragili. Il coinvolgimento attivo della direzione penitenziaria ha facilitato l'integrazione tra i diversi attori sanitari, promuovendo una cultura organizzativa orientata alla salute pubblica, all'equità e alla gestione del tempo come risorsa clinica.

Obiettivi

- rendere effettivo il diritto alla cura per tutti i detenuti;
- intercettare precocemente l'infezione da HCV attraverso screening sistematici;
- attivare percorsi terapeutici tempestivi e personalizzati;
- ridurre la trasmissione intra-istituzionale;
- promuovere la salute in ambienti ad alta vulnerabilità;
- garantire continuità assistenziale post-detenzione;
- favorire l'accesso equo alle cure per detenuti stranieri.

Materiali e Metodi

Il percorso HCV attivato nella Casa Circondariale di Trieste si basa su un modello operativo multidisciplinare, progettato per essere replicabile, sostenibile e adattabile. L'intervento è coerente con le strategie nazionali e internazionali per la micro eradicazione dell'HCV.

La presa in carico sanitaria è preceduta da un'attività di formazione e informazione continua rivolta al personale sanitario e alla popolazione detenuta, elemento fondamentale per promuovere un approccio integrato e tempestivo. Il modello prevede una sequenza strutturata in sette fasi operative, ciascuna caratterizzata da tempi definiti e monitorabili, con l'obiettivo di garantire equità di accesso, continuità terapeutica ed efficacia clinica.

In un contesto penitenziario ad alta complessità, il tempo non rappresenta solo una variabile clinica, ma una risorsa organizzativa essenziale per rendere effet-

tivamente esigibile il diritto alla cura.

Le fasi del percorso includono:

1. screening iniziale: test rapido salivare per HCV Anticorpi (Ab), per i detenuti di nuovo ingresso, da effettuarsi entro 24 ore dall'ingresso in istituto;
2. approfondimento diagnostico: in caso di positività, esecuzione del prelievo ematico per HCV Ab e, se positivo, reflex testing per HCV RNA sullo stesso campione, da completare entro 7 giorni;
3. valutazione specialistica: da effettuarsi entro 15 giorni dallo screening, con esami diagnostici (es. fibroscan) e valutazione clinica;
4. attivazione del trattamento: prescrizione dei farmaci antivirali ad azione diretta (DAA) entro 30 giorni dalla valutazione specialistica;
5. somministrazione dei DAA: durata media del trattamento 8–12 settimane;
6. verifica della risposta virologica: entro 12 settimane dal termine della terapia;
7. continuità assistenziale post-detenzione: attivata entro 48 ore in caso di dimissione durante il trattamento.

Il modello coinvolge il medico infettivologo ospedaliero, l'infermiere e il medico della Sanità Penitenziaria, il mediatore culturale e la direzione penitenziaria. Sono stati adottati strumenti operativi specifici: moduli multilingua per il consenso informato, database per la tracciabilità terapeutica, protocolli condivisi per la gestione delle comorbidità e materiale informativo semplificato in più lingue.

La gestione diretta del farmaco ha consentito di superare ostacoli burocratici, garantendo tracciabilità, aderenza terapeutica e continuità clinica. L'elevata efficacia e tollerabilità dei DAA ha favorito l'adesione al trattamento, anche in presenza di vulnerabilità sociali e linguistiche.

Risultati

Nel biennio 2023–2024, il percorso ha coinvolto una popolazione detenuta complessiva di 240 soggetti, con un'età media di 52 anni (range: 18–86). Dopo l'esclusione di 9 persone per motivi clinici o logistici, sono stati invitati allo screening 212 detenuti, di cui solo 10 hanno rifiutato. Questo dato conferma un'alta adesione spontanea, favorita dalla sensibilizzazione e dal lavoro educativo svolto dagli operatori sanitari.

Tra i soggetti risultati positivi all'HCV, sono stati avviati 5 trattamenti con farmaci antivirali ad azione diretta (DAA), secondo criteri clinici e organizzativi condivisi. La tempestività delle fasi operative ha permesso di evitare interruzioni terapeutiche, anche in presenza di trasferimenti o dimissioni, dimostrando come il rispet-

to dei tempi sia condizione essenziale per rendere il diritto alla cura effettivamente esigibile.

Considerando l'intero periodo 2017–settembre 2025, il percorso ha consentito la presa in carico e il trattamento di 34 detenuti HCV positivi, con una percentuale di eradicazione pari al 100%. Questo risultato, raggiunto in un contesto ad alta complessità, testimonia la solidità del modello e la sua capacità di tradurre il principio di equità in azione clinica concreta, scandita da tempi certi e monitorabili.

Il raggiungimento di questi obiettivi è stato possibile grazie alla gestione proattiva di numerose criticità. Le barriere linguistiche sono state affrontate con il supporto di mediatori culturali e materiali informativi semplificati, mentre le resistenze culturali sono state mitigate attraverso incontri educativi e momenti di ascolto. I trasferimenti improvvisi, spesso causa di interruzione terapeutica, sono stati gestiti con protocolli di continuità assistenziale attivati in tempi brevissimi. Anche la presenza di comorbidità psichiatriche e di dipendenza patologica non ha rappresentato un ostacolo insormontabile, grazie alla collaborazione con i servizi di salute mentale e delle dipendenze e alla flessibilità del modello operativo.

Le testimonianze raccolte nel corso dell'attività confermano il valore umano e clinico dell'intervento. Alcuni detenuti hanno definito l'accesso alle cure "inaspettato" e "segno di rispetto", evidenziando come il percorso terapeutico abbia rappresentato non solo una risposta sanitaria, ma anche un riconoscimento della loro dignità. Queste voci rafforzano il senso di giustizia sanitaria che il modello ha saputo incarnare, trasformando il carcere da luogo di esclusione a spazio di cura, equità e tempestività.

Conclusioni

Il carcere ha dimostrato di poter evolvere da luogo di esclusione a spazio di cura e di esigibilità del diritto alla salute. Il modello multidisciplinare consolidato ha reso concreto e universale l'accesso alle terapie, superando ostacoli burocratici e barriere strutturali grazie a una gestione del tempo clinico e organizzativo precisa, monitorata e orientata all'efficacia.

La forza del modello non risiede nei numeri, ma nell'approccio: un metodo costruito sulla centralità della persona, sulla capacità di integrare competenze, e sulla volontà di rendere il diritto alla cura realmente esigibile, anche nei contesti più fragili. Ogni fase del percorso è pensata non come adempimento tecnico, ma come atto di giustizia sanitaria.

Il gruppo di lavoro – composto da medici infettivologi, operatori sanitari della sanità penitenziaria, mediatori culturali e direzione penitenziaria – ha agito come un

sistema integrato, capace di rispondere con flessibilità e tempestività alle complessità del contesto. In particolare, il ruolo infermieristico si è trasformato in una funzione strategica, ponte tra i diversi attori e garante della continuità assistenziale.

La formazione continua del personale, l'adozione di strumenti operativi multilingua, la gestione diretta del farmaco e la costruzione di protocolli condivisi hanno reso il modello replicabile, sostenibile e adattabile. L'inclusione della popolazione straniera, svincolata da vincoli di residenza o cittadinanza, ha rafforzato il principio di equità, trasformando il carcere in un presidio attivo di salute pubblica.

In questo modello, il tempo non è un ostacolo, ma uno strumento di giustizia: scandisce le fasi dell'intervento, protegge la continuità terapeutica e rende il diritto alla cura pienamente esigibile. Le testimonianze dei detenuti – che parlano di rispetto, dignità e sorpresa nell'accesso alle cure – confermano che l'intervento non è solo sanitario, ma profondamente umano.

Il carcere, da spazio di marginalità, diventa laboratorio di innovazione sanitaria e sociale, dove equità, integrazione e sostenibilità si traducono in azione concreta. Non si tratta di contare trattamenti, ma di costruire percorsi che curano, includono e restituiscono dignità.

Riferimenti

- Ministero della Salute. (2022). Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per l'infezione da HCV. Roma: Ministero della Salute.
- Ministero della Giustizia. (1999). Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230 – Riordino della medicina penitenziaria. Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999, Supplemento Ordinario n. 132.

3.6

LA TOSSICODIPENDENZA IN CARCERE E IL RUOLO DEI SERD: L'ESPERIENZA DEL SERVIZIO DIPENDENZE DI TRAPANI - PANTELLERIA

Novara M.G. *, Castiglione A., Pollina P.

U.O.C. Dipendenze Patologiche Asp 9 Trapani ~ Trapani
~ Italy

Il contributo esamina la relazione tra tossicodipendenza e carcere nel SerD di Trapani-Pantelleria. L'analisi dei dati epidemiologici, del quadro normativo e delle pratiche cliniche mette in luce criticità strutturali e gestionali, evidenziando l'urgenza di rafforzare i SerD, garantire la continuità terapeutica e ampliare le misure alternative.

Introduzione

Il tema della tossicodipendenza in carcere rappresenta ormai da tempo una delle sfide più complesse per il sistema penitenziario e per il sistema sanitario italiano. La detenzione, infatti, intercetta una quota rilevante di persone che fanno uso di sostanze stupefacenti: il carcere rappresenta, quale "Istituzione totale", una sorta di "filtro sociale" (Goffman, 2010) che concentra marginalità, disagio psichico e tossicodipendenza all'interno delle sue mura. La risposta istituzionale a questo fenomeno non può essere affidata esclusivamente al sistema della giustizia penale, ma richiede una forte integrazione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, in particolare, con i Servizi per le Dipendenze (SerD), che rappresentano la chiave della presa in carico terapeutica.

Dati e dimensioni del fenomeno a livello nazionale

Al 31 dicembre 2023 i detenuti classificati tossicodipendenti in Italia erano 17.405, pari al 29% del totale. Un anno dopo, a fine 2024, la cifra è salita a 19.755, superando il 30% dei detenuti complessivi. In termini assoluti, dunque, quasi un detenuto su tre è in rapporto diretto con il SerD per problematiche legate all'uso di sostanze.

Il 34% delle presenze in carcere riguarda reati legati agli stupefacenti (artt. 73 e 74 DPR 309/1990). A que-

sti vanno aggiunti i reati indirettamente connessi (furti, rapine, spaccio minuto) che spesso hanno come movente il reperimento di denaro per acquistare la sostanza.

L'incidenza di HCV, HIV e TBC nella popolazione detenuta tossicodipendente è significativamente superiore alla media. Inoltre, la mortalità prematura, il rischio di overdose e il rischio di suicidio sono più elevati in relazione a chi non ha una problematica di dipendenza patologica.

Il ruolo dei SerD

I SerD sono strutture pubbliche a direttrice multidisciplinare, composte da medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori. Essi operano in tre aree fondamentali:

- Prevenzione e diagnosi dei disturbi da uso di sostanze.
- Terapie farmacologiche sostitutive (metadone, buprenorfina, buprenorfina/naloxone).
- Interventi psico-sociali e riabilitativi, in rete con comunità terapeutiche e terzo settore.

Gli obiettivi specifici dei SerD in ambito penitenziario sono di seguito sintetizzati:

- Valutazione clinica all'ingresso in carcere.
- Gestione delle crisi d'astinenza.
- Garanzia di continuità terapeutica con l'esterno.
- Redazione delle relazioni cliniche per i magistrati di sorveglianza.
- Attivazione delle misure alternative (affidamento terapeutico).

Negli ultimi cinque anni i SerD hanno subito una riduzione di personale e risorse molto importante. Ciò si traduce in tempi più lunghi di presa in carico e difficoltà nel garantire la continuità terapeutica. Nei contesti carcerari la situazione è amplificata inoltre da trasferimenti frequenti, da sovraffollamento cronico e da una carenza di personale di polizia penitenziaria.

Normativa e linee guida

Il quadro normativo italiano che disciplina il rapporto tra carcere e tossicodipendenza è il risultato di un'evoluzione legislativa che ha progressivamente integrato principi di tutela della salute, finalità rieducative della pena e necessità di sicurezza pubblica.

Un primo riferimento fondamentale è la Legge n. 354 del 1975, sull'Ordinamento Penitenziario, che ha introdotto una visione innovativa della pena, fondata sul principio costituzionale della funzione rieducativa (art. 27 Cost.). Questa legge stabilisce che il trattamento penitenziario debba mirare al reinserimento sociale del detenuto, aprendo la strada a misure alternative alla detenzione. Tale approccio è particolarmente rilevante per i soggetti tossicodipendenti, per i quali la mera

custodia in carcere rischia di risultare inefficace se non accompagnata da un percorso terapeutico (Fiandaca & Musco, 2020).

La normativa specifica in materia di sostanze stupefacenti è contenuta nel D.P.R. n. 309 del 1990, Testo Unico sugli stupefacenti, che rappresenta ancora oggi la cornice principale. Esso prevede che i tossicodipendenti possano accedere a programmi di trattamento e riabilitazione in alternativa alla pena detentiva. L'articolo 94, in particolare, disciplina l'"affidamento terapeutico", consentendo al condannato tossicodipendente di espiare la pena in una comunità terapeutica o sotto la supervisione di un servizio pubblico, come il SerD. Questa impostazione riconosce la tossicodipendenza non solo come condizione deviante, ma soprattutto come problema sanitario e sociale da affrontare con strumenti di cura (Catania, 2019).

Le modifiche introdotte dalla Legge n. 49 del 2006 (c.d. Fini-Giovanardi) avevano irrigidito il sistema, riducendo la distinzione tra droghe leggere e pesanti e inasprendo le pene. Tuttavia, la Corte Costituzionale, con sentenza n. 32 del 2014, ne ha dichiarato l'illegittimità parziale, ripristinando la disciplina originaria più equilibrata e differenziata (Di Giovine, 2015). Questo passaggio giurisprudenziale ha confermato l'esigenza di bilanciare repressione penale e tutela della salute.

Un punto di svolta cruciale è stato il D.P.C.M. del 1° Aprile 2008, con cui la sanità penitenziaria è stata trasferita al Servizio Sanitario Nazionale. Da allora, la presa in carico dei detenuti tossicodipendenti è passata sotto la responsabilità delle Aziende Sanitarie Locali e, nello specifico, dei Servizi per le Dipendenze (SerD). Ciò ha rafforzato il principio della continuità terapeutica: l'assistenza sanitaria deve accompagnare il detenuto dall'ingresso in carcere fino alla scarcerazione, evitando interruzioni che possano compromettere il percorso di cura (Ministero della Salute, 2008).

Accanto a queste norme, le linee guida nazionali di riduzione del danno, aggiornate dal Ministero della Salute nel 2017 e nel 2022, hanno introdotto strumenti operativi come la terapia sostitutiva con metadone o buprenorfina, la prevenzione delle malattie infettive (HIV, HCV) e programmi di counselling. Tali pratiche sono ritenute efficaci anche in ambito penitenziario, dove la popolazione detenuta presenta spesso comorbidità psichiatriche e condizioni sanitarie fragili (Ministero della Salute, 2022).

Infine, la giurisprudenza costituzionale ha più volte ribadito che i detenuti tossicodipendenti hanno diritto a un'assistenza sanitaria adeguata. La Corte Costituzionale ha sottolineato come il diritto alla salute (art. 32 Cost.) e il principio di uguaglianza (art. 3 Cost.)

impongano di garantire percorsi terapeutici idonei, anche quando la persona è privata della libertà (Corte Costituzionale, 2016; 2019).

Nel complesso, il sistema normativo italiano configura la tossicodipendenza in carcere come una sfida che richiede interventi integrati. Da un lato, si riconosce la necessità di misure alternative per favorire il recupero e ridurre la recidiva; dall'altro, si affida ai SerD e alla sanità penitenziaria il compito di garantire cure e programmi riabilitativi. La normativa, quindi, cerca di coniugare sicurezza, salute e reinserimento sociale, in coerenza con i principi costituzionali e con le linee guida internazionali sui diritti umani.

Il quadro in Sicilia ed in particolare nel SerD di Trapani - Pantelleria

La Sicilia riflette la tendenza nazionale: circa un terzo dei detenuti è tossicodipendente. L'organizzazione sanitaria è affidata come da normativa vigente alle ASP provinciali.

La provincia di Trapani nello specifico ospita tre strutture principali:

- Casa circondariale "Pietro Cerulli" di Trapani
- Casa di reclusione "Giuseppe Barraco" di Favignana
- Casa circondariale di Castelvetro.

La Casa Circondariale di Trapani è la più grande sul territorio e si trova ormai da anni in una situazione di sovraffollamento cronico con la presenza a Giugno 2025 di circa 570 detenuti su una capienza reale di circa 450 posti (i dati del Report Antigone del 2024 riportano che su 519 posti, una settantina non risultano utilizzabili o non idonei). In relazione al comparto umano, su 21 ispettori previsti in pianta organica ne risultano presenti 10; dei 30 sovrintendenti previsti ne sono presenti 19; rispetto agli agenti/assistenti risultano operativi 199 unità sui 253 previsti.

Per quel che concerne invece i volumi che negli ultimi tre anni hanno interessato il lavoro del SerD nel setting carcerario, segnaliamo una crescita esponenziale di soggetti che si dichiarano tossicodipendenti all'atto dell'inserimento in carcere e che necessitano almeno di una prima valutazione da parte degli operatori del SerD.

Se nel 2022 sono stati seguiti 167 soggetti, di cui 10 stranieri, e nel 2023 103, di cui 12 stranieri, nel 2024 (dati al 31/12) sono stati valutati ben 253 detenuti dichiarati come tossicodipendenti, di questi 211 risultano di nazionalità italiana e 47 gli stranieri.

Tale incremento appare legato fondamentalmente a due fattori. Il primo è connesso all'aumento sul territorio dell'uso di crack, sostanza stupefacente derivata dalla cocaina che produce un effetto molto rapido e molto intenso (poche decine di secondi), ma anche

molto breve. Questo genera cicli ripetuti di consumo e una forte compulsione a riassumere la sostanza. Ha quindi un potenziale di dipendenza considerato tra i più elevati tra le sostanze psicoattive. Certo non possiamo affermare che la sostanza in sé possa “creare comportamenti criminali”, ma ci sono sicuramente fattori di rischio associati.

La persona dipendente spesso ha bisogno di molte dosi al giorno esponendosi a maggiore probabilità di commettere reati predatori (furti, rapine, spaccio) per procurarsi il denaro.

Le alterazioni neuropsicologiche associate al consumo di crack riducono il controllo degli impulsi, aumentano l'aggressività e l'irritabilità esitando in un rischio maggiore di comportamenti violenti.

La presenza di situazioni di marginalità sociale, per cui chi entra in circuiti di crack spesso si trova già in contesti socio-economici fragili, dove la devianza e la microcriminalità sono presenti.

Diverse ricerche internazionali, soprattutto statunitensi, hanno mostrato un forte aumento della microcriminalità e della violenza urbana nelle zone dove la sostanza era più diffusa. Una ricerca del National Institute on Drug Abuse (NIDA) ha segnalato che i consumatori di crack presentavano tassi di arresto molto più alti rispetto ai consumatori di cocaina in polvere o di altre droghe stimolanti.

In Italia, i numeri sono minori rispetto agli USA, ma i rapporti delle Prefetture e del DPA (Dipartimento Politiche Antidroga) mostrano che crack e cocaina base compaiono spesso nei contesti di spaccio legati a microcriminalità urbana.

Un secondo fattore per noi estremamente importante come operatori delle dipendenze patologiche, risiede nella strumentalizzazione che i detenuti possono fare (a volte supportati dai loro stessi avvocati) della dichiarazione di tossicodipendenza una volta entrati nel contesto carcerario.

Ricordiamo, come già sopracitato, che il detenuto tossicodipendente grazie al DPR 309/1990, può accedere a misure alternative, riduzioni di pena e programmi riabilitativi intra murarie ed extra murarie. Questi benefici possono creare un interesse oggettivo, sebbene sia necessario provare lo stato di dipendenza. Questo aspetto risulta essere particolarmente delicato e necessita di una riflessione.

La dichiarazione di tossicodipendenza deve essere suffragata da un'evidenza clinico - diagnostica, secondo i criteri dei manuali diagnostico statistici maggiormente usati (DSM V - ICD 10) e attraverso gli esami tossicologici, la storia clinica e la cartella sanitaria. Per attivare e sviluppare questo processo diagnostico è necessario che l'operatore del SerD veda il soggetto più

volte, e nel caso si constati che vi sia effettivamente una strumentalizzazione, non concedere la certificazione di tossicodipendenza. Questa procedura abbisogna di tempo ed operatori, nodo dolente di tutto il processo.

Al SerD di Trapani, infatti, in linea con la tendenza nazionale, il comparto umano in rapporto al fabbisogno stabilito in piante organica, è gravemente sotto-dimensionato. Su 21 operatori previsti, sono attualmente in servizio solamente 7 strutturati e 6 professionisti a progetto.

In relazione alle buone pratiche che, nonostante la carenza di personale, si cerca di sviluppare, annoveriamo un protocollo ASP Trapani - Magistratura di Sorveglianza - ULEPE attivato a Luglio 2024, che disciplina l'uso dell'affidamento terapeutico ex art. 94 con l'obiettivo precipuo di ridurre la pressione carceraria e garantire percorsi terapeutici extra-murari.

Valutazione critica e proposte di miglioramento

Quanto fin qui esposto, conferma il paradosso nazionale: un altissimo numero di detenuti tossicodipendenti, un sovraffollamento strutturale, SerD essenziali nel processo di cura, ma sotto-dimensionati e supportati spesso, come nel nostro caso, da professionisti a progetto che transitoriamente prestano la propria opera professionale all'interno del servizio, con gravi ripercussioni sulla continuità e sulla programmazione a lungo raggio, e misure alternative non sempre applicate nelle tempistiche regolari.

Cosa possiamo auspicare per il prossimo futuro alla luce di quanto detto. Sicuramente un rafforzamento dei SerD con un piano di stabilizzazione del personale. Standardizzare protocolli clinici nazionali: valutazione tossicologica entro 24h, counselling strutturato, collegamento automatico con SerD territoriale. Ampliare l'uso dell'affidamento terapeutico: procedure snelle, tempi rapidi, slot riservati in comunità. Creare una cabina di regia ASP per il raccordo continuo tra carcere, SerD, comunità terapeutiche e UEPE.

Conclusioni

Il carcere non è un contesto terapeutico adatto per trattare i disturbi da uso di sostanze. La presenza di un terzo di detenuti tossicodipendenti conferma che la repressione penale produce più sovraffollamento che riabilitazione.

I SerD rappresentano la colonna portante per trasformare la logica punitiva in logica di cura. Ma necessitano di risorse, di riconoscimento istituzionale e di una strategia nazionale di lungo periodo.

Il SerD di Trapani - Pantelleria costituisce un laboratorio che riflette, nel bene e nel male, le tensioni e le potenzialità del modello italiano. Rafforzare i percorsi

di cura, rendere effettiva la continuità terapeutica e valorizzare le misure alternative significa non solo migliorare la salute pubblica, ma anche ridurre la recidiva e restituire dignità a tutto un sistema che si occupa di tossicodipendenza e carcere.

Se il nostro paese intende ridurre recidiva e mortalità, occorre spostare l'asse dal contenimento punitivo alla cura, riconoscendo che il carcere non è un setting terapeutico adeguato per i disturbi da uso di sostanze. Il futuro passa dalla messa a punto di un sistema integrato di SerD, misure alternative realmente accessibili e una cultura della salute pubblica che prevalga sulla logica meramente penale.

Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie in materia penitenziaria. Gazzetta Ufficiale. 2008;126.

13. Ministero della Salute. Linee guida nazionali per gli interventi di riduzione del danno. Roma; 2022.

14. NIDA – National Institute on Drug Abuse. Cocaine Research Report: How does cocaine use lead to addiction? Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2022. Disponibile su: [<https://nida.nih.gov>] (<https://nida.nih.gov>)

15. UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023. Vienna: United Nations; 2023.

Bibliografia

1. Antigone. XIX Rapporto sulle condizioni di detenzione in Italia. Roma: Associazione Antigone; 2024.
2. Catania A. La tossicodipendenza tra pena e trattamento: aspetti giuridici e criminologici. Milano: Giuffrè Editore; 2019.

3. Corte Costituzionale. Sentenza n. 32 del 25 febbraio 2014. Roma; 2014.

4. Corte Costituzionale. Sentenza n. 99 del 5 maggio 2016. Roma; 2016.

5. Corte Costituzionale. Sentenza n. 40 del 20 febbraio 2019. Roma; 2019.

6. Dipartimento Politiche Antidroga. Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Dati 2023. Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2024. Disponibile su: [<https://www.politicheantidroga.gov.it>] (<https://www.politicheantidroga.gov.it>)

7. Di Giovine O. Droghe e diritto: la sentenza 32/2014 della Corte costituzionale. Riv Ital Dir Proc Pen. 2015;58(3):1125-44.

8. EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023. Disponibile su: [<https://www.emcdda.europa.eu>] (<https://www.emcdda.europa.eu>)

9. Fiandaca G, Musco E. Diritto penale. Parte generale. Bologna: Zanichelli; 2020.

10. Goffman E., (2010). Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza. Piccola biblioteca Einaudi.

11. Ministero della Giustizia. Statistiche penitenziarie – popolazione detenuta e capienze. Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria; 2024. Disponibile su: [<https://www.giustizia.it>] (<https://www.giustizia.it>)

12. Ministero della Salute. D.P.C.M. 1° aprile 2008 –

3.7

LA “MALATTIA MENTALE” COME COMPONENTE COSTANTE DELL’UNIVERSO PENITENZIARIO: IL CARING ASSISTENZIALE TRA L’ULTIMA FRONTIERA DELLA DISPERAZIONE E I DRAMMI UMANI

Marcelli S.*^[1], Pelusi G.^[2], Borgognoni C.^[2], Gatti C.^[2], Baglioni I.^[3], Liberati S.^[3], D’Angelo G.^[1]

^[1]AST ASCOLI PICENO ~ ASCOLI PICENO ~ Italy, ^[2]AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DELLE MARCHE ~ ANCONA ~ Italy, ^[3]AST MACERATA ~ MACERATA ~ Italy

In ambito penitenziario, il caring assistenziale assume caratteristiche peculiari, poiché si sviluppano specifici sistemi di adattamento volti a superare diffidenze e sospetti, dove si possono generare ambiguità che ostacolano l’adattamento, compromettendo l’aderenza ai percorsi terapeutici (Calabrò et al., 2023; Blackaby et al., 2023).

Background

La popolazione carceraria globale è cresciuta di un quarto negli ultimi due decenni, raggiungendo gli 11 milioni nel 2021, dove molteplici svantaggi sociali ed economici contribuiscono a un elevato carico di patologie croniche, malattie trasmissibili, disturbi mentali e abuso di droghe, penalizzata da una evoluzione demografica che invecchia che sta imponendo importanti sfide al sistema sanitario (Ziliani, 2015; Kinner & Young, 2017). Una vasta gamma di analisi della letteratura ha messo in risalto come il comportamento criminale, l’uso di droghe, uno status socioeconomico inferiore e le condizioni di salute mentale rappresentino fattori concomitanti interconnessi che contribuiscono a un rischio maggiore di esiti infausti (de Andrade et al., 2018). Negli ultimi tre decenni, l’assistenza sanitaria basata sulle prove di efficacia, ovvero la traduzione di ricerche di alta qualità nella pratica clinica, è diventata a livello internazionale un elemento essenziale per il miglioramento della qualità, ma divari ben noti tra le performance mancate e quelle effettive, con le relative variazioni inappropriate, pervadono diversi contesti e popolazioni di pazienti (Glasziou et al., 2017). Studi specifici evidenziano

come, nelle patologie croniche come diabete e ipertensione, si riscontrino spesso trattamenti inadeguati e un mancato raggiungimento degli obiettivi terapeutici (Willis et al., 2017), talvolta con trattamenti potenzialmente inappropriati o rischiosi. Queste disuguaglianze colpiscono in modo sproporzionato i gruppi emarginati o con basso status socioeconomico, tra cui le persone detenute (Stürup-Toft et al., 2018). In ambito penitenziario, la professione infermieristica presenta esclusività e aspetti particolarmente complessi (Travaini et al., 2023), che si scontrano frequentemente con situazioni critiche, che, seppur nella loro diversità, richiedono scelte comportamentali decisive per l’utente, come dilemmi etici che implicano processi decisionali, finalizzati a scegliere l’iter ottimale per il paziente e a rispondere con competenza, pertinenza, responsabilità e tempestività (Sasso et al., 2018). Lavorare in carcere significa, innanzitutto, adattarsi ad un ambiente chiuso e alle sue regole ben definite, che possono influenzare in modo significativo l’organizzazione del lavoro stesso, (Varsaneux et al., 2025) e dove l’assistenza alla persona detenuta può essere caratterizzata da sfide impreviste e decisioni complesse, in un contesto in cui anche i professionisti possono incorrere nel rischio di sviluppare limitazioni legate ai numerosi pregiudizi e stereotipi ancora diffusi sia nei confronti dei detenuti, sia verso chi sceglie di lavorare con loro. (Shelton et al., 2020). Sebbene il codice etico e la bioetica forniscano linee guida su come comportarsi, i professionisti della salute si trovano ad affrontare dilemmi etici, valori che entrano in conflitto riguardo a quale sia la migliore modalità di assistenza al fine di non sperimentare tensione e frustrazione nella propria attività quotidiana (Isaac Caro, 2021). Lo stigma, che riconduce ad effetti di analisi delle performance che si traducono nel quotidiano, orienta l’opinione pubblica a pensare che gli infermieri penitenziari si prendono cura di ogni detenuto in modo equo e senza pregiudizi, indipendentemente dal reato commesso, ma questo non è sempre possibile, visto che, viene richiesto loro di trovare un equilibrio tra custodia e assistenza, senza giudicare e ricordando l’importanza dei confini interpersonali (Dhaliwal & Hirst, 2016). L’etica clinica non fornisce soluzioni standardizzate, ma offre un metodo per i professionisti per imparare a elaborare la propria analisi e giungere a una conclusione ragionevole di fronte a una situazione complessa (De Micco et al., 2022). Nel tempo, diversi ricercatori hanno descritto le aree penitenziarie come contesti segnati da profondi disagi sociali e fenomeni negativi, spesso alimentati da pregiudizi e stereotipi. In questi ambienti, le persone detenute vengono frequentemente etichettate dalla società come “feccia”, individui da emarginare

perché percepiti come pericolosi per molteplici motivi. Tali rappresentazioni contribuiscono a irrigidire i giudizi sociali, rendendoli statici e difficili da modificare nel tempo. In questo scenario, l'assistenza sanitaria moderna è chiamata a promuovere un approccio fondato sui diritti umani, con l'obiettivo di migliorare la comprensione dei determinanti sociali alla base della criminalità e della salute (Burles et al., 2019). In riferimento al proprio codice deontologico gli operatori sanitari dovrebbero essere liberi da stereotipi e pregiudizi, ma in questo determinato contesto emergono forti contraddizioni: da un lato la professione impone moralmente l'assenza di pregiudizi e dall'altro, il professionista, in quanto essere umano, porta con sé anche un bagaglio personale di idee preconcepite sul soggetto che ha di fronte, e in particolare sul crimine da costui commesso (Neiman, 2017). Il tema del diritto alla salute dei detenuti acquisisce particolare rilevanza etica se si considera la salute come un completo benessere fisico, mentale e sociale, a causa della maggiore vulnerabilità a cui sono esposti e del loro precario stato di salute, precedente, contemporaneo e successivo alla detenzione (Grad, 2002). Oltre alla necessità di fornire una formazione etica agli operatori penitenziari, l'identificazione dei reali bisogni alla base dell'assistenza sanitaria della popolazione carceraria e la promozione della collaborazione tra assistenza penitenziaria e sistema sanitario sembrano essere preminenti (González-Gálvez et al., 2019). Tra questi emerge la formazione integrata ed innovativa dei professionisti della salute in formazione, con la possibilità di avviare visite cliniche in centri di detenzione al fine di ridurre i pregiudizi nei confronti dei detenuti (Oyolu, 2022; Bright et al., 2023).

Obiettivi

Includere le riflessioni di metodo e di analisi in riferimento alle aree di interesse che si sviluppano all'interno della filiera assistenziale per la presa in carico del paziente psichiatrico in ambito penitenziario e per governare gli ambiti latenti di un ambiente complesso, teso alla protezione della fragilità umana.

Materiali e metodi

La comparazione delle evidenze scientifiche a sostegno del presupposto di studio è stato realizzato tramite la consultazione di specifiche banche dati, come PubMed, EMBASE, Scopus, Cochrane Library, e CINAHL attraverso l'esclusivo utilizzo di determinate parole chiave, come: "Harm reduction and Penitentiary institutions", "Missed nursing care and", "Prisoner psychiatric nursing and Psychiatric disorder and Prisons", "Ethics of care and prisoner psychiatric nursing", "Penitentiary

institutions and Perceived stigma" e "Discrimination and Penitentiary institutions".

Risultati

Negli istituti penitenziari le espressioni psicopatologiche sono particolarmente frequenti, caratterizzate da specifiche alterazioni comportamentali, riferite all'utilizzo di sostanze psicoattive (23,6%), presenza di atteggiamenti nevrotici e reazioni di adattamento (17,3%), relazioni patologiche causate dagli effetti alcol-correlati (5,6%), disturbi affettivi psicotici (2,7%), disfunzione della personalità e dei comportamenti (1,6%), presenza di stati depressivi non psicotici (0,9%), disturbi mentali organici senili e presili (0,7%) fino ad arrivare all'esistenza di disturbi dello spettro schizofrenico (0,6%), incertezze di sistema che avvalorano i sospetti dell'efficacia della governance assistenziale in contesti difficili come le carceri, dove si tende a prediligere le barriere ai ponti e l'intransigenza alla tolleranza, rimarcando la distanza patologica di contatto con il mondo esterno (Appelbaum et al., 2011). Gli elevati tassi di comorbidità psichiatrica tra i reclusi affetti da "Disturbo Post Traumatico da Stress" associato a comportamenti suicidari, autolesionismo e atteggiamenti aggressivi, denotano un ulteriore sostegno al fine di implementare nuovi approcci terapeutici per la gestione del trauma (Dvoskin & Spiers, 2003). L'analisi delle criticità che emerge in questi specifici contesti di cura, caratterizzati da risorse limitate, completa un quadro drammatico di contesto dai contorni pericolosi a carico della popolazione che vi risiede con l'elevato rischio di sviluppare disturbi mentali, profili di salute scadenti, una cospicua prevalenza di episodi di autolesionismo, stimata al 5-6% negli uomini e al 20-24% nelle donne, dati incresciosi nettamente superiori a quelli relativi alla popolazione generale (Fazel & Baillargeon, 2011; Facer-Irwin et al., 2019; Søbstad et al., 2020). L'ultimo rapporto del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale è stato pubblicato il 30 luglio 2025 e riguarda le condizioni di sovraffollamento, la carenza di personale e le infrastrutture vetuste delle carceri italiane, con particolare enfasi sulla necessità di interventi urgenti per migliorare la dignità dei detenuti e la sicurezza. Il rapporto evidenzia, inoltre, la mancanza di personale sanitario e di opportunità lavorative e di formazione per i reclusi, oltre a criticare l'approccio di chiusura e punitivo del sistema penale. In Italia, i dati emersi da processi sistematici di raccolta e analisi relativi al periodo 2022-2023 evidenziano un fenomeno allarmante: in soli undici mesi si sono registrati settantasei suicidi tra la popolazione detenuta, di cui ben quarantaquattro solo nel primo semestre del 2023.

Questo dato si traduce in un tasso di suicidi pari a 14,3 ogni 55.184 detenuti, ovvero una frequenza sedici volte superiore rispetto a quella rilevata nella popolazione generale. Una situazione drammatica, ulteriormente aggravata dal cronico sovraffollamento delle strutture detentive (Fazel et al., 2016; Carnevale et al., 2018; Favril et al., 2020). Le fonti sulla capienza regolamentata da normative dimostrano un tasso di affollamento che in molte circostanze superano la barriera del 200% nei grandi centri, dove le condizioni psichiatriche dei detenuti sono influenzate da fattori psicobiologici, socio-culturali e ambientali, elementi latenti che possono indurre all'aumento dei coefficienti di stress indotti e ad esacerbare stati d'animo esistenti o innescare nuove condizioni psichiatriche che potrebbero precipitare in problemi comportamentali, con conseguenti infrazioni alle regole penitenziarie (Appelbaum et al., 2001).

Conclusioni

L'arte dell'infermieristica carceraria è stata ampiamente trascurata negli studi storici e accademici (Burton et al., 2022) tanto da rendere «invisibile» il contributo degli infermieri che lavorano in questo setting assistenziale (Ferszt & Hickey, 2013). La trascuratezza dei bisogni sanitari delle persone detenute comporta conseguenze negative non solo per gli individui coinvolti, ma anche per l'intera società. Come dimostrano diverse esperienze a livello nazionale e internazionale, interventi mirati per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario possono generare benefici estesi: oltre a migliorare gli esiti clinici per la popolazione carceraria, contribuiscono anche a rafforzare il morale del personale e a valorizzare la reputazione delle istituzioni coinvolte (Payne, 2012). Gli ambienti chiusi e angusti dei «padiglioni» di detenzione creano rilevanti difficoltà logistiche che spesso ostacolano l'efficacia degli interventi terapeutici da parte del personale sanitario, con possibili ripercussioni negative sui percorsi di cura. Per far fronte a queste criticità, possono essere adottate soluzioni organizzative mirate, come l'introduzione di figure chiave incaricate di facilitare l'inclusione del paziente nella pianificazione terapeutica, offrendo al contempo supporto psicologico e motivazionale (Jacob & Holmes, 2011). La complessità dei soggetti con disturbi mentali in carcere, considerata la mancanza di strutture e soprattutto di politiche di detenzione alternativa, determina un tasso eccessivo di individui affetti da disturbi mentali dietro le sbarre, con conseguenti ostacoli nella gestione dei percorsi terapeutici (Kucirka & Ramirez, 2019). La letteratura, sulla base dell'analisi delle esperienze maturate in diversi contesti internazionali, propone

alternative organizzative innovative, tra cui l'introduzione dell'infermiere psichiatrico di salute mentale all'interno degli istituti penitenziari. Questa figura, oltre a rappresentare un valore aggiunto in termini assistenziali, può contribuire a delineare nuove prospettive clinico-pratiche, favorendo la costruzione di un'alleanza interdisciplinare orientata al miglioramento degli standard di salute dei detenuti affetti da disturbi psichiatrici gravi (Pearson et al., 2015).

Bibliografia

- Appelbaum, K. L., Savageau, J. A., Trestman, R. L., Metzner, J. L., & Baillargeon, J. (2011). A National Survey of Self-Injurious Behavior in American Prisons. *Psychiatric Services*, 62(3), 285-290.
- Appelbaum, K. L., Hickey, J. M., & Packer, I. (2001). The role of correctional officers in multidisciplinary mental health care in prisons. *Psychiatric Services*, 52(10), 1343-1347.
- Blackaby, J., Byrne, J., Bellass, S., Canvin, K., & Foy, R. (2023). Interventions to improve the implementation of evidence-based healthcare in prisons: a scoping review. *Health & Justice*, 11(1).
- Bright, A., Higgins, A., & Grealish, A. (2023). Nursing in a prison context: A focused mapping review and synthesis of international nursing literature. *Journal of Advanced Nursing*, 79(11), 4127-4136.
- Burles, M., Holtslander, L., & Peternelj-Taylor, C. (2019). Palliative and hospice care in correctional facilities. *Cancer Nursing*, 44(1), 29-36.
- Burton, J., Chiarella, M., & Waters, D. (2022). Historical context of custodial health nursing in New South Wales, Australia. *Journal of Forensic Nursing*, 18(4), 221-228.
- Calabrò, A., Perissinotto, F., Scalorbi, S., Longobucco, Y., Vitale, E., Lezzi, A., Carvello, M., & Roberto, L. (2023). Psychiatric disorder and prisons. The role of nurses. Narrative review. *Journal of psychopathology*, 29:100-108.
- Carnevale, F., Delogu, B., Bagnasco, A., & Sasso, L. (2018b). Correctional nursing in Liguria, Italy: examining the ethical challenges. *PubMed*, 59(4), E315-E322.
- de Andrade, D., Ritchie, J., Rowlands, M., Mann, E., & Hides, L. (2018). Substance Use and Recidivism Outcomes for Prison-Based Drug and Alcohol Interventions. *Epidemiologic Reviews*, 40(1), 121-133.
- De Micco, F., Fineschi, V., Banfi, G., Frati, P., Oliva, A., Travaini, G. V., Picozzi, M., Curcio, G., Pecchia, L., Petitti, T., Alloni, R., Rosati, E., De Benedictis, A., & Tambone, V. (2022). From COVID-19 pandemic to

patient safety: a new “Spring” for telemedicine or a boomerang effect? *Frontiers in Medicine*, 9.

- Dvoskin, J. A., & Spiers, E. M. (2003). On the Role of Correctional Officers in Prison Mental Health. *Psychiatric Quarterly*, 75(1), 41–59.

- Dhaliwal, K., & Hirst, S. (2016). Caring in correctional nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 12(1), 5–12.

- Facer-Irwin, E., Blackwood, N. J., Bird, A., Dickson, H., McGlade, D., Alves-Costa, F., & MacManus, D. (2019). PTSD in prison settings: A systematic review and meta-analysis of comorbid mental disorders and problematic behaviours. *PLoS ONE*, 14(9), e0222407.

- Favril, L., Indig, D., Gear, C., & Wilhelm, K. (2020). Mental disorders and risk of suicide attempt in prisoners. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(9), 1145–1155.

- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956–965.

- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871–881.

- Ferszt, G. G., & Hickey, J. (2013). Nurse researchers in corrections: A qualitative study. *Journal of Forensic Nursing*, 9(4), 200–206.

- Glasziou, P., Straus, S., Brownlee, S., Trevena, L., Dans, L., Guyatt, G., Elshaug, A. G., Janett, R., & Saini, V. (2017). Evidence for underuse of effective medical services around the world. *The Lancet*, 390(10090), 169–177.

- Grad, F. P. (2002). The Preamble of the Constitution of the World Health Organization. *PubMed*, 80(12), 981–984.

- González-Gálvez, P., Sánchez-Roig, M., Cámara, A. C., Vélez, O. C., & Llobet, J. R. (2019). Ethical conflicts in nursing care in the prison context. *DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals)*, 20(3), 95–102.

- Isaac Caro, A. (2021). The role of prison nursing: an integrative review. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 23(2), 76–85.

- Jacob, J. D., & Holmes, D. (2011). Working under threat: Fear and nurse–patient interactions in a forensic psychiatric setting. *Journal of Forensic Nursing*, 7(2), 68–77.

- Kinner, S. A., & Young, J. T. (2017). Understanding and Improving the health of people who experience Incarceration: An Overview and synthesis. *Epidemiologic Reviews*, 40(1), 4–11.

- Kucirka, B. G., & Ramirez, J. (2019). Challenges of treating mental health issues in correctional settings. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(7), 7–11.

- Neiman, P. (2017). Is it morally permissible for

hospital nurses to access prisoner-patients’ criminal histories? *Nursing Ethics*, 26(1), 185–194.

- Oyolu, I. O. (2022). Need for clinical rotation in correctional facilities for nurse practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*, 18(7), 804–805.

- Payne, D. (2012). How Kizer healed the VA. *BMJ*, 344(may11 2), e3324.

- Pearson, G. S., Hines-Martin, V. P., Evans, L. K., York, J. A., Kane, C. F., & Yearwood, E. L. (2014). Addressing gaps in mental health needs of diverse, At-Risk, underserved, and disenfranchised populations: a call for Nursing Action. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(1), 14–18.

- Sasso, L., Delogu, B., Carrozzino, R., Aleo, G., & Bagnasco, A. (2018). Ethical issues of prison nursing: A qualitative study in Northern Italy. *Nursing Ethics*, 25(3), 393–409.

- Shelton, D., Maruca, A. T., & Wright, R. (2020). Nursing in the American Justice System. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(5), 304–309.

- Søbstad, J. H., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Costa, G., & Hystad, S. W. (2020). Predictors of turnover intention among Norwegian nurses. *Health Care Management Review*, 46(4), 367–374.

- Stürup-Toft, S., O’Moore, E. J., & Plugge, E. H. (2018). Looking behind the bars: emerging health issues for people in prison. *British Medical Bulletin*, 125(1), 15–23.

- Travaini, G. V., De Micco, F., Biscella, F., Carminati, E., Flutti, E., Garavaglia, F., Marino, L., Zini, A., Scendoni, R., & De Benedictis, A. (2023). Stereotypes and Prejudices in Nursing Prison Activities: A Reflection. *Healthcare*, 11(9), 1288.

- Varsaneux, O., Charest, M., Ma, K., Stone, J., Brouwers, M., Kronfli, N., & Krentel, A. (2025). Identifying barriers and facilitators to accessing harm reduction services in prisons: A systematic narrative synthesis. *International Journal of Drug Policy*, 143, 104761.

- Willis, T. A., West, R., Rushforth, B., Stokes, T., Glidewell, L., Carder, P., Faulkner, S., & Foy, R. (2017). Variations in achievement of evidence-based, high-impact quality indicators in general practice: An observational study. *PLoS ONE*, 12(7), e0177949.

- Ziliani, P. (2015). [The prison nurse: analysis of the evolution of the legislative framework]. *PubMed*, 34(1), 49–53.

ANALISI DESCRITTIVA DELLA SEZIONE SANITARIA A CUSTODIA ATTENUATA PER TOSSICODIPENDENTI (SE.A.T.T.) PRESSO L'ISTITUTO PENITENZIARIO DI SALERNO

Figliuolo A.^[1], **De Filpo V.**^[1], **Bruno G.**^[1],
Palermo M.^[1], **Fiorillo G.**^[1], **Ferrara R.**^[1], **Termoli G.**^[1],
Caprio L.^[1], **Santoriello C.**^[2], **Cascone C.**^[2],
Pagano A.M.^[1]

^[1]U.O.C Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale ASL Salerno ~ Salerno ~ Italy, ^[2]Casa Circondariale di Salerno ~ Salerno ~ Italy

Un modello innovativo di intervento.

Analisi Descrittiva della Sezione Sanitaria a Custodia Attenuata per Tossicodipendenti (Se.A.T.T.) presso l'Istituto Penitenziario di Salerno.

Abstract

Il presente studio descrive e analizza il modello operativo della Sezione Sanitaria a Custodia Attenuata per Tossicodipendenti (Se.A.T.T.) presso l'Istituto Penitenziario di Salerno la cui organizzazione e gestione è in capo alla UOC Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale per il tramite della sua Équipe Multidisciplinare delle Dipendenze (EMD).

Attraverso l'esplorazione dei suoi principi fondanti, della struttura organizzativa e dei criteri di ammissione, il paper si propone di fornire un quadro dettagliato del suo funzionamento.

Sulla base dei dati raccolti su un campione di 79 detenuti, l'analisi si concentra sulla durata della permanenza media, sugli esiti dei percorsi riabilitativi e sull'efficacia del modello nel garantire la continuità delle cure.

I risultati indicano un tasso di successo del 60,7%, con una durata media della permanenza di 168,5 giorni (circa 5,5 mesi), dimostrando l'efficacia del modello integrato per il trattamento delle dipendenze in ambiente penitenziario. E che ne facilita anche il percorso di recupero e la riduzione delle recidive in ambienti extra penitenziari.

Introduzione

La Sezione Sanitaria a Custodia Attenuata per Tossicodipendenti (Se.A.T.T.) del carcere di Salerno si configura come un'area detentiva specializzata, caratterizzata da una gestione sanitaria diretta e prevalente che mira a fornire un'assistenza intensiva e un percorso terapeutico-riabilitativo a persone detenute con problemi di dipendenza patologica. Questo progetto si fonda su tre principi chiave: la gestione integrata, che vede il personale sanitario e penitenziario operare congiuntamente in un'unica équipe multidisciplinare integrata (EMI); la permanenza limitata alla valutazione dei bisogni clinici e assistenziali del detenuto, di durata compresa tra 6 e 9 mesi, senza superare i 12, al fine di indirizzare il progetto terapeutico meglio rispondente alle necessità socio assistenziali del paziente; la continuità delle cure, garantita da un costante raccordo con i servizi sanitari e sociali territoriali per facilitare il percorso di cura post-detenzione.

L'ammissione alla Se.A.T.T. è vincolata alla sottoscrizione volontaria dell'Accordo Terapeutico-Trattamentale (ATT) da parte del detenuto/paziente, un contratto che definisce chiaramente i requisiti di compliance e partecipazione attiva.

L'ATT richiede al paziente di impegnarsi formalmente su diverse aree critiche per il successo del percorso riabilitativo:

1. Adesione Terapeutica e Normativa: Accettare e osservare integralmente il Programma Terapeutico Trattamentale (PTT), il regolamento interno della Sezione e l'Ordinamento Penitenziario.
2. Partecipazione Attiva: Svolgere con responsabilità e continuità tutte le attività proposte, siano esse terapeutiche, trattamentali, lavorative o scolastiche.
3. Integrazione Sociale: Partecipare attivamente alla vita intramuraria, socializzando e condividendo spazi e tempi con i compagni, nel pieno rispetto della regolamentazione interna della sezione.
4. Rispetto e Cura dell'Ambiente: Mantenere un comportamento rispettoso verso tutti gli operatori (interni ed esterni) e i compagni, e al contempo avere cura dei luoghi e delle attrezzature utilizzate nelle attività.
5. Gestione del Conflitto e Astensione dalle Sostanze: Evitare eventi conflittuali, privilegiando il confronto con gli operatori in caso di difficoltà. Cruciale è l'impegno a sottoporsi ai controlli per la verifica di eventuali assunzioni di sostanze stupefacenti ogni qualvolta richiesto dal personale sanitario.

La violazione anche di uno solo degli impegni previsti dall'ATT costituisce una condizione per la revoca dell'Accordo e la conseguente esclusione dalla Se.A.T.T., rendendo il rispetto del contratto un prerequisito fondamentale per la prosecuzione del trattamento.

La sezione sanitaria, situata in un luogo distante ed autonomo rispetto alle altre sezioni detentive, è costituita da due (2) piani. Al piano terra sono previste le stanze dedicate alle attività terapeutico-trattamentali, stanze dedicate alle attività sanitarie e ambulatori. Il primo piano è adibito a stanze di pernottamento, con annessi servizi igienico-sanitari, ha una capienza di 40 posti e una stanza dedicata alla gestione della sindrome astinenziale da 4 posti; l'accesso a quest'ultimo luogo viene prescritto dal medico dell'EMD entro 72 ore dall'ingresso, su proposta del Medico di Guardia, valutata l'adeguatezza della richiesta; la durata del ricovero sarà stabilita dal medico EMD, per il tempo necessario alla stabilizzazione clinica del detenuto/paziente. La Sezione Sanitaria accoglie pazienti/detenuti con diagnosi certificata di dipendenza patologica e con una posizione giuridica compatibile con l'eventuale concessione di benefici di legge, previa sottoscrizione di un Accordo Terapeutico-Trattamentale.

La gestione della Se.A.T.T. è affidata a un'Équipe Multidisciplinare Integrata (EMI), composta da professionisti sanitari e operatori penitenziari. L'équipe si riunisce con cadenza mensile per monitorare l'andamento complessivo della Sezione, discutere i programmi di trattamento e i progetti individuali in corso, nonché valutare i possibili nuovi inserimenti. L'EMI include i professionisti del Servizio Sanitario Nazionale – un Medico responsabile, un Medico psichiatra e Psicologhe-psicoterapeute – oltre a un Funzionario Giuridico-Pedagogico, un Mediatore culturale, un Esperto ex art. 80 dell'Ordinamento Penitenziario, il Direttore dell'Istituto e il Comandante di Reparto.

Le attività offerte si concentrano sulla diagnosi, cura e riabilitazione, includendo percorsi individuali e di gruppo, e sono supportate da uno «Sportello di Comunità» (SdC) che semplifica i contatti con le comunità terapeutiche esterne per agevolare l'accesso alle misure alternative alla detenzione. Questo modello rappresenta un approccio innovativo e umanistico alla gestione della detenzione di pazienti tossicodipendenti, ponendo al centro la riabilitazione e la salute del detenuto in un contesto di cura e supporto.

Il trattamento erogato in ambito intramurario per i disturbi da uso di sostanze (DUS) si è basato su un approccio specialistico integrato. Tale trattamento è gestito dall'Équipe Multidisciplinare Dipendenze, un'unità che fa capo alla UOC Tutela Salute Adulti e Minori (Area Penale) della ASL di Salerno. Questa diretta afferenza istituzionale è strategica e conferisce all'équipe una competenza clinica e giuridico-amministrativa specifica e mirata per l'elevata complessità dei pazienti privati della libertà.

La forza di tale approccio risiede nella capacità di

garantire una continuità terapeutica (Continuum of Care) efficace, superando la tradizionale frammentazione tra ambiente detentivo e contesto sociale. Operando sull'intera area provinciale, l'équipe assicura il continuo della presa in carico, senza interruzioni, dei pazienti che, al momento della dimissione dal carcere, risultano residenti nella provincia di Salerno. Questa estensione del mandato clinico sul territorio è fondamentale per un sistematico follow-up e per l'applicazione tempestiva di strategie di prevenzione delle ricadute, consolidando i risultati ottenuti in ambito intramurario.

Materiali e Metodi

Questo studio ha un approccio descrittivo e si basa sull'analisi retrospettiva dei dati operativi della Se.A.T.T. dell'Istituto Penitenziario (IP) di Salerno la cui apertura è avvenuta nel marzo 2024; pertanto il periodo di riferimento va da marzo 2024 ad agosto 2025. Il campione è composto da 79 detenuti che hanno avuto accesso alla sezione. L'analisi si è concentrata sui seguenti parametri:

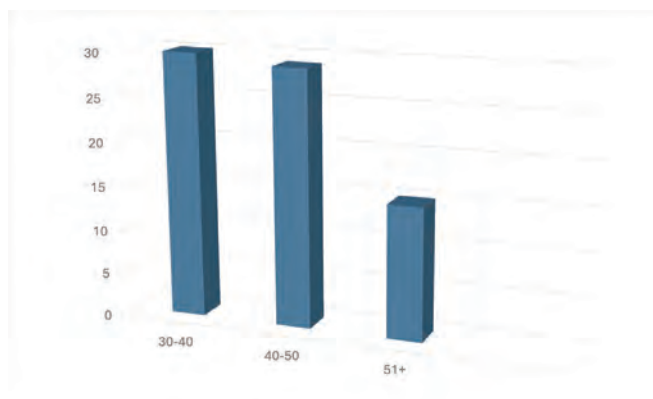
- Dati di Ammissione e Permanenza: Il numero totale di ammissioni e la durata media della permanenza.
- Dati Demografici: L'età media dei detenuti.
- Dati sulla Dimissione: La destinazione dei detenuti dimessi, classificata per tipo di esito (es. misure alternative, trasferimento presso l'ICATT, fine pena).
- Dati Operativi: La quantità di gruppi terapeutici organizzati.
- Dati anamnestico/sanitari: Tipologia di sostanza d'abuso e numero di interventi effettuati.
- Follow-up: La cadenza con cui vengono monitorati i pazienti in Comunità Terapeutica e numero di visite ambulatoriali effettuate su tutti i pz in M.A. transitati per la SEATT.

Risultati

I dati raccolti offrono un quadro chiaro e quantitativo dell'attività della Se.A.T.T.:

- Ammissioni e Permanenza: Sono stati registrati 79 ingressi effettivi nella sezione. La permanenza media è stata di 168,5 giorni (circa 5,5 mesi), in linea con il principio di permanenza limitata, con solo 4 casi che hanno superato l'anno. L'età media dei detenuti ammessi è di 42,3 anni.
- Esiti dei Percorsi e Destinazione dei Detenuti:
 - Su un totale di 79 ingressi, 48 percorsi (60,7%) si sono conclusi con successo. In particolare, 19 detenuti sono stati trasferiti in una struttura di secondo livello (ICATT), 17 hanno ottenuto misure alternative alla detenzione (M.A.) (di cui 11 in comunità terapeutica) e 12 hanno raggiunto il fine pena.

- 20 percorsi (25,3%) sono ancora in corso.
- 11 percorsi (13,9%) non hanno avuto esito positivo, tra cui 6 per trasgressione dell'Accordo Terapeutico-Trattamentale (ATT) e 5 per motivazioni giuridiche.
- Attività Terapeutiche: Nel periodo di riferimento, sono stati organizzati 56 gruppi terapeutici, a dimostrazione dell'intensa attività riabilitativa offerta.
- Dati Anamnestici: Il 16,4% (13) dei detenuti è stato ammesso con diagnosi di dipendenza da Oppioidi, il 5% (2) con dipendenza da Alcol, l'1,2% (1) per GAP (Gioco d'azzardo Patologico) e il 77,4% (63) per dipendenza da Cocaina e Crack.
- Follow-up: Per gli 11 pazienti che hanno ottenuto Misure Alternative con destinazione in Comunità Terapeutica, il monitoraggio clinico-relazionale è stato garantito tramite colloqui con cadenza mensile condotti dall'équipe direttamente presso le strutture ospitanti o in telemedicina, i restanti pazienti in M.A., residenti nella provincia di Salerno e afferenti al servizio, sono stati seguiti con un'attività di prevenzione delle ricadute più intensiva. L'intervento è stato erogato attraverso colloqui individuali a cadenza settimanale presso l'ambulatorio del servizio.

Grafico 1. *Suddivisione dei Pazienti per fascia di età*

Discussione

Il programma di trattamento intramurario, erogato dal team multidisciplinare è stato strutturato su base settimanale per garantire una stimolazione costante e diversificata, integrando interventi di natura espressiva, educativa e psico-socioterapeutica. Alla sottoscrizione dell'accordo terapeutico trattamentale i pazienti detenuti acconsentono a partecipare alle attività proposte dal lunedì al sabato, come di seguito dettagliato nella tabella 1.

Alle attività su citate vanno aggiunti gruppi terapeutici da circa dieci partecipanti a cadenza bisettimanale, e colloqui psicologici individuali settimanali.

Tabella 1. *Suddivisione delle attività giornaliere*

Lunedì	Gruppo di Riciclo	Laboratorio Occupazionale/Educativo: Promozione di competenze pratiche (<i>skill-building</i>), sviluppo della responsabilità ambientale e cooperazione.
Martedì	Gruppo APER FASE	Percorso Trattamentale/Psico-Educativo: La musica dell'artista FASE come strumento di espressione emotiva, riflessione e rielaborazione della propria storia.
Mercoledì	Gruppo Riciclo e di Fotografia	Laboratorio Occupazionale/Artistico: Il Gruppo di Riciclo prosegue l'obiettivo pratico; il Gruppo di Fotografia offre uno strumento per l'osservazione critica della realtà e lo sviluppo di un'identità creativa.
Giovedì	Gruppo Focus (Tematiche inerenti alla Dipendenza)	Gruppo Psico-terapeutico/Tematico: Approfondimento specialistico delle dinamiche di dipendenza, prevenzione delle ricadute (<i>relapse prevention</i>) e sostegno al cambiamento.
Venerdì	Cineforum	Gruppo Socio-Culturale/Discussione: Utilizzo di opere cinematografiche come stimolo per la discussione guidata su tematiche sociali, etiche e relazionali, promuovendo empatia e confronto costruttivo.
Sabato	Disegno Creativo	Laboratorio Artistico/Espressivo: Offerta di uno spazio per la creatività non verbale, riduzione dello stress emotivo e potenziamento della concentrazione e manualità fine.

Nel periodo di riferimento, la Sezione Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti (Se.A.T.T.) ha gestito 79 ingressi effettivi, con un'età media dei detenuti di 42,3 anni. L'analisi della casistica ha rivelato una netta prevalenza di disturbi legati all'uso di Cocaina e Crack, che ha rappresentato il 77,4% delle diagnosi di ammissione. Tale dato riflette l'evoluzione dei consumi nella popolazione detenuta, superando di gran lunga la dipendenza da Oppioidi (16,4%). La Se.A.T.T. si conferma quindi come presidio terapeutico per una popolazione complessa e con elevata necessità di intervento sui nuovi pattern di dipendenza.

La durata media della permanenza è stata di circa 5,5 mesi (168,5 giorni), un dato in linea con gli obiettivi di permanenza limitata della sezione. Questo approccio ha permesso di ottimizzare la rotazione dei posti letto, garantendo l'accesso al percorso riabilitativo a un numero maggiore di pazienti, in rispondenza all'elevato numero di pazienti tossicodipendenti detenuti. Durante la degenza, l'attività terapeutica è stata intensa, testimoniata dall'organizzazione di 56 gruppi terapeutici a supporto della riabilitazione psicologica e relazionale e circa 1700 colloqui individuali effettuati nei mesi presi in considerazione.

Successo Terapeutico e Continuità di Cura

Gli esiti complessivi dei percorsi evidenziano un tasso di conclusione positiva del 60,7% (48 percorsi).

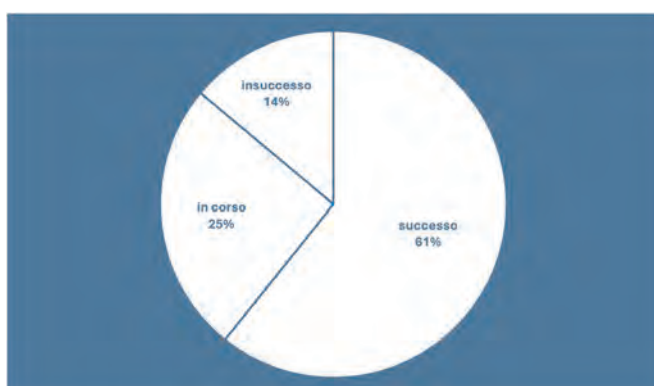
Questo successo si traduce in percorsi di reinserimento

e prosecuzione della cura diversificati:

- 19 detenuti sono stati indirizzati e trasferiti all'Istituto a Custodia Attenuata per Tossicodipendenti (ICATT) di Eboli, struttura di secondo livello a maggiore intensità riabilitativa.
- 17 pazienti hanno ottenuto l'accesso alle Misure Alternative (M.A.) alla detenzione (11 dei quali con destinazione in comunità terapeutica), un risultato che convalida il raggiungimento di un livello di compliance e motivazione adeguato al reinserimento sociale.
- 12 pazienti hanno concluso la pena detentiva all'interno della sezione, supportati fino al giorno della scarcerazione.

Risultano in corso il 25,3% dei percorsi, mentre gli esiti non favorevoli (13,9%) sono stati determinati prevalentemente da trasgressioni all'Accordo Terapeutico-Trattamentale o da impedimenti di natura giuridica.

Grafico 2. *Esiti dei percorsi terapeutici*



Il Ruolo dell'ICATT di Eboli nel Continuum of Care

Il trasferimento di 19 pazienti verso l'Istituto a Custodia Attenuata per Tossicodipendenti (ICATT) di Eboli non rappresenta una semplice movimentazione detentiva, ma un passaggio programmato verso un livello di cura più intensivo e riabilitativo. L'ICATT è riconosciuto come struttura di secondo livello per la prosecuzione dei percorsi terapeutici avviati in Se.A.T.T.

È fondamentale sottolineare che la gestione sanitaria e la supervisione clinica dei pazienti alloggiati presso l'ICATT di Eboli rimangono in capo alla medesima UOC Tutela Salute Adulti e Minori (Area Penale). Questa governance unitaria garantisce che l'intero percorso del paziente, dalla Se.A.T.T. all'ICATT e successivamente, come discusso, al territorio provinciale, sia gestito con protocolli uniformi e da un'unica équipe specialistica. Tale centralizzazione del mandato clinico assicu-

ra una perfetta omogeneità e continuità dell'approccio terapeutico-riabilitativo, minimizzando i rischi associati alla transizione e massimizzando le probabilità di successo a lungo termine.

Conclusioni

I risultati ottenuti confermano che il modello della Se.A.T.T. di Salerno è efficace nel trattamento delle dipendenze in ambiente detentivo. Il dato più significativo è l'elevato tasso di successo (%), che indica una forte aderenza al programma e un'efficace gestione della transizione verso il mondo esterno. La suddivisione degli esiti mostra che la sezione funziona efficacemente come ponte verso il reinserimento, facilitando il trasferimento a strutture specialistiche come l'ICATT o l'accesso a misure alternative come le comunità terapeutiche. Questi dati rafforzano il principio della continuità delle cure che è un obiettivo chiave della Se.A.T.T.. La durata media della permanenza di circa 5,5 mesi dimostra l'efficacia del modello nel garantire una cura intensiva senza prolungare indebitamente la detenzione, in linea con il principio di permanenza limitata.

La Se.A.T.T. di Salerno rappresenta un modello di cura intensiva e integrata per i detenuti con dipendenza patologica, fondato sulla collaborazione interistituzionale e sulla centralità del progetto individuale. I dati operativi confermano la validità di questo approccio: l'elevata percentuale di percorsi conclusi con successo e l'effettivo reinserimento sociale ne dimostrano l'efficacia. Lo studio contribuisce a delineare un modello pratico, sostenibile e replicabile per la gestione delle dipendenze patologiche in ambito penitenziario, supportato da evidenze quantitative.

Area tematica 4

DISTURBO DA USO DI ALCOL: comorbidità, trattamento e riduzione del danno

4.1

DALLA RESISTENZA ALLA RISPOSTA TERAPEUTICA: IL VALORE DELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE CONTINUA

Zunino I.*[1], Camporota V.[1], Specchierla B.[1], Mitro C.[2], Varango C.[1]

[1]Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, S.C. Servizio Dipendenze ~ Pavia ~ Italy, [2]U.O.C. di Psicologia IRCCS Maugeri Pavia ~ Pavia ~ Italy

Questo articolo evidenzia come il trattamento con sodio oxibato sia fondamentale per raggiungere l'astinenza dall'alcol, ma deve anche essere abbinato a una continua rivalutazione del paziente, anche durante le ricadute.

Parole chiave: astinenza da alcol, disturbo d'ansia

Anamnesi

Donna di 54 aa. Anamnesi patologica remota muta. Negate farmaco allergie.

Anamnesi tossicologica: la paziente non ha mai usato sostanze illegali, neppure a scopo conoscitivo in giovane età.

Viene per un disturbo da uso di alcool (DUA): beve circa 2 bottiglie al giorno di vino bianco. Venti giorni prima dell'accoglienza al nostro servizio ha avuto un problema sul lavoro legato all'abuso di alcool, per cui il responsabile l'ha convocata e le ha consigliato di risolvere la situazione. Dopo questo evento ha smesso di bere alcolici ed ha iniziato ad assumere terapia con Xanax 0.25 mg 3 cp/die + Citalopram 8 gtt serali, prescritti da uno psichiatra a cui si è rivolta privatamente.

La paziente ha iniziato ad abusare di alcool all'età di circa 41 aa (sempre vino bianco) a scopo ansiolitico, a

causa di una situazione familiare tesa e complessa. Già in passato si era accorta che il consumo di alcool le era sfuggito di mano e aveva provato ad interromperne l'uso con successo per periodi di alcuni mesi. Da circa 1 anno però ha ripreso a bere gradualmente sempre di più.

Anamnesi socio familiare: divorziata, convive da 10 aa con un compagno; ha 1 figlia di 27 aa, seguita in CPS per disturbo bipolare, attualmente in buon compenso, già seguita in passato dalla NPI. Madre vivente di 82 aa, in ABS; padre deceduto 10 anni fa per leucemia; 1 sorella di 60 aa sottoposta a tiroidectomia per K. Anamnesi personale e familiare negativa per patologie psichiatriche, ma uno zio materno alcolista. Lavora come OSS in una RSA.

Diagnosi

Disturbo da uso di alcool - gravità moderata

Fasi dell'intervento

La paziente giunge al nostro servizio a Maggio 2023 e inizia la valutazione multidimensionale; alla prima visita si presenta già in terapia con Xanax 0.25 mg 3 cp/die + Citalopram 8 gtt serali, prescritti da uno psichiatra a cui si era rivolta privatamente e che viene confermata, dato il riferito beneficio all'assenza di sintomatologia astinenziale o altri disturbi riportati o rilevabili. La valutazione termina con diagnosi di: disturbo da uso di alcool di gravità moderata, ed evidenza di relief craving, che già nella fase di valutazione ha determinato diverse ricadute nel potus.

Viene quindi proposto alla signora di iniziare un trattamento di disassuefazione con sodio oxibato (GHB), che viene accettato così come la psicoterapia.

Ad Agosto 2023 si avvia la terapia con GHB al dosaggio di 20 ml/die e da subito la sig.ra riesce a non ricadere nell'alcool e a sospendere gradualmente anche lo xanax prescritto dallo psichiatra per verosimile stato d'ansia. Nel percorso valutativo si è ritenuto di supportare il contesto familiare offrendo colloqui psicoeducazionali e di counseling al compagno (8 incontri).

La paziente continua a mantenere l'astinenza e quindi a Dicembre 2023 si è iniziato a programmare lo scalaggio della terapia, ritenendo di poterla sospendere a breve. Ma, per la ricomparsa di una ricaduta nel bere a Capodanno e, l'aumento del craving, non è stato possibile percorrere questa strada, bensì è stato necessario aumentare nuovamente il farmaco, arrivando ad un dosaggio di 30 ml/die.

Ciò nonostante, la paziente non ha più interrotto il consumo di alcolici, pur avendolo ridotto e limitato a circa 2 volte a settimana in quantità contenuta (1-2 bicchieri).

Nel corso della presa in carico è emerso sempre più

chiaramente uno stato di ansia persistente durante l'intera giornata, motivo per cui a Maggio 2024 è stata richiesta una valutazione dallo psichiatra del nostro servizio, che ha ritenuto di prescrivere alla signora il Tractana e rivalutarla a breve.

Alla sig.ra è stato proposto anche di aggiungere l'acamprosato al trattamento in corso, ma la stessa non ha accettato, chiedendo solo di poter assumere al bisogno alprazolam; inoltre non ha più continuato a presenziare agli appuntamenti della psichiatra presso il SerD.

La paziente nei mesi successivi ha continuato a consumare alcool con analoghe modalità, per cui nel Novembre 2024 si è tentato di riproporre l'avvio di acamprosato con l'aggiunta del pregabalin, per persistente stato d'ansia, ma ancora una volta non viene accettata la nuova proposta terapeutica.

Per la scarsa compliance ed il persistere del potus, in équipe si è valutato di provare a ridurre il sodio oxibato a 20 ml/die anche con il sospetto di una appetizione per lo sesso.

A causa di problematiche familiari e anche di sospensione del percorso psicoterapico, dovuto all'interruzione dell'incarico della professionista, la signora con modalità relief ricade in un abuso di alcool importante. Dopo diversi colloqui motivazionali, viene ricontrattato il percorso terapeutico e la paziente a Febbraio 2025 accetta di assumere acamprosato con beneficio sul craving e riduzione dell'assunzione di alcool.

Ciò nonostante, la signora continua ad avere ricadute sempre in modalità relief, per cui accetta di riprendere le sedute psicoterapiche e di sottoporsi ad una nuova valutazione psichiatrica a Luglio 2025 presso questo servizio, che conferma un disturbo d'ansia.

È stato quindi introdotto pregabalin al dosaggio di 25mg x 2/die., confermando il citalopram che aveva già in terapia e predisposto anche un aumento sinergico della terapia con GHB al dosaggio di 30 ml/die con l'obiettivo di interrompere l'assunzione di alcool.

Discussione del caso

Durante il periodo di osservazione della paziente è emerso quanto il caso richiedesse un'attenta valutazione di tutti gli aspetti legati al consumo di alcool. In particolare, l'aspetto prevalente in questa signora è risultato essere il disturbo d'ansia che all'inizio della valutazione la paziente non faceva emergere, ma riusciva a mascherare. La forte motivazione della signora, associata alla psicoterapia e agli effetti farmacologici del GHB hanno determinato un iniziale successo terapeutico che ha portato all'astensione dall'alcool.

Le ricadute hanno però evidenziato quanto l'alcool venisse usato come automedicazione per l'ansia, sve-

lando le caratteristiche personologiche della paziente, e che l'utilizzo del farmaco mirato (GHB) per le sue caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche avesse stabilizzato il sintomo.

Per poter quindi arrivare al mantenimento dell'astinenza è stato invece importante trattare con adeguata terapia sia la sindrome da astinenza alcolica protratta, sia il disturbo d'ansia, che fungeva da presez da trigger alle ricadute.

Nello specifico di questa paziente è in essere ancora un approfondimento diagnostico nel sospetto anche di un disturbo di personalità.

Conclusioni

Nella crisi di astinenza dell'Alcol, l'Alcover (GHB) è fondamentale in quanto, agendo con un meccanismo alcol-mimetico (gabaergico), consente di superare la crisi di Delirium tremens senza pericoli. L'alcol, così come la droga, ma anche il cibo e il sesso attivano i neuroni dell'area ippocampo – limbica che a loro volta "accendono" i neuroni DOPA del nucleo accubens che trasmettono l'impulso sino alla corteccia frontale. Il GHB può essere considerato un farmaco potenzialmente efficace nel prevenire le ricadute, il craving e nel mantenere l'astinenza nei pazienti alcol-dipendenti. L'associazione anche di pregabalin insieme al citalopram, stabilizzando il disturbo d'ansia che era causa delle ricadute nel potus, ha permesso alla signora di mantenere l'astinenza dall'alcol con netta riduzione dell'ansia e la sospensione dello xanax.

Vista la maggiore compliance della paziente alla farmacoterapia e ai colloqui psicologici, si ritiene opportuno proseguire il trattamento in essere. Parallelamente, si procederà ad un approfondimento diagnostico circa il funzionamento di personalità, cruciale per aumentare il livello di integrazione ed individualizzazione del trattamento, rispondendo ai bisogni specifici della paziente.

Bibliografia

- 1) Scafato E. e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). 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. Rapporto 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISTISAN 24/3)
- 2) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Edition. Arlington. NE: 2013

- 3) Testino G et al. Management of end-stage alcohol-related liver disease and severe acute alcohol-related hepatitis: position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA). *Dig Liver Dis* 2020; 52: 21-32
- 4) Scafato E et al. The undertreatment of alcohol-related liver diseases among people with alcohol use disorder. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2020; 24: 974-982
- 5) Caputo F et al. Pharmacological management of alcohol dependence: From mono-therapy to pharmacogenetics and beyond, *Eur Neuropsychopharmacol*, 2014b, 24, pp. 181-191.
- 6) Caputo F et al. Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol. *Intern Emerg Med*. 2019; 14: 143-160
- 7) Vignoli T et al. Treatment of alcohol use disorder: position paper of the Società Italiana di Alcologia (SIA). *Nutr Cur* 2024; 03 (Special 1): e150
- 8) Caputo F et al. Il trattamento farmacologico dei disordini da uso di alcol. *Alcologia* 2020; 42: 38-64
- 9) Patkar OL et al. Modulation of serotonin and norepinephrine in the BLA by pindolol reduces long-term ethanol intake. *Addict Biol* 2019; 24: 652-663
- 10) Testino G et al. Alcohol use disorder in the Covid-19 era: position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA). *Addict Biol* 2022; 27: e13090

Area tematica 5

TABAGISMO Comorbidità, trattamento e riduzione del danno

5.1

AMBULATORIO PSICOLOGICO PER IL TABAGISMO ASST-FRANCIACORTA: UN PROGETTO OPERATIVO ATTIVATORE DI SINERGIE TRA ORGANIZZAZIONE ED INNOVAZIONE

Pitzianti M.A., Ghedi A., Marconi C., Falconi U.*
ASST FRANCIACORTA ~ CHIARI ~ Italy

Parole chiave: marcatura di contesto, organizzazione e innovazione per ottenere il risultato

Da agosto 2022 è attivo presso il Polo Ospedaliero di Chiari (BS) l'ambulatorio psicologico per il tabagismo realizzato nell'ambito del progetto aziendale WHP e del programma 5 del Piano integrato locale degli interventi di Promozione della Salute ATS Brescia (Azienda Tutela della Salute). L'ambulatorio è conosciuto sia nel territorio che all'esterno, con una media di circa 60 nuove cartelle l'anno. Il personale dedicato prevede l'impegno ad orario parziale di una psicologa, esperta di tabagismo. L'accesso è gratuito e non necessita di impegnativa. La scelta di spostare l'ambulatorio tabagismo dal SerD all'ospedale, si è dimostrata vincente. In esame la revisione del regolamento aziendale per costituire aree per fumatori, sfida per contenere i danni ma elemento strategico per aumentare con interventi ad hoc, la motivazione al cambiamento.

Com'è nato l'ambulatorio?

Il medico competente aziendale facente parte della commissione WHP, da tempo evidenziava il bisogno di un intervento per il sostegno alla disassuefazione da fumo di tabacco rivolto ai dipendenti dell'ASST Franciacorta.

Nel tempo i vari tentativi messi in atto per avvicinare i fumatori, sia dipendenti che cittadini all'ambulatorio del Servizio Dipendenze (SerD), non hanno sortito alcun risultato nonostante la pubblicizzazione e la realizzazione di alcuni gruppi di formazione. L'ipotesi maturata all'interno della commissione WHP, è che la collocazione dell'ambulatorio all'interno di un servizio per le dipendenze risultasse troppo stigmatizzante e culturalmente poco accettata anche dagli operatori sanitari. Ci si è quindi confrontati con il Direttore Socio-Sanitario che, in accordo col Direttore Sanitario, ha valutato la possibilità di collocare tale ambulatorio presso il presidio ospedaliero di Chiari. Si poteva contare, sentito il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, sulla disponibilità di un membro della commissione WHP, una dirigente psicologa/psicoterapeuta esperta in materia di tabagismo.

L'avvio dell'ambulatorio in ospedale, ha previsto una fase di pubblicizzazione attraverso: un messaggio da parte del Direttore Socio Sanitario ai dipendenti e ai MMG dell'ASST Franciacorta, la diffusione di materiale promozionale ed informativo predisposto appositamente e indirizzato anche ai cittadini e un banner nella home page aziendale. Si è contestualmente costruito il percorso di prenotazione con i servizi preposti che ha facilitato l'attivazione di apposite agende per le prenotazioni, strutturate dalla Segreteria ASA dell'ospedale e gestite direttamente dai vari Cup dei presidi ospedalieri dell'ASST Franciacorta. La psicologa si è dotata di un cellulare aziendale per dare la possibilità di un rapporto diretto con il curante sia per avere informazioni che consentono talvolta l'aggancio che per mantenere il rapporto di cura.

Quali interventi?

Gli interventi psicologici sono rivolti sia al personale dipendente di ASST Franciacorta che alla popolazione e si suddividono:

- in bassa soglia che vede impegnati tutti quei pazienti che riescono solo a moderare il quantitativo di uso;
 - a soglia alta per chi è nelle condizioni psicologiche di portare a termine con successo il percorso intrapreso.
- Rispetto al genere, l'impressione clinica depone a favore di una differenza rispetto alla parte emotivo/affettiva che a quella relazionale/attitudinale che vede le donne maggiormente inclini al bisogno di essere accolte mentre per gli uomini l'esecuzione del compito e riferimenti di sostegno chiari sono gli elementi favorevoli l'aggancio al percorso e al raggiungimento degli obiettivi concordati.

I tabagisti che presentano una comorbidità psichiatrica sono 8 e sono pazienti inviati dai CPS. Questi pazienti

affrontano il percorso di disassuefazione con impegno ed interesse. Le tempistiche del percorso sono più lunghe, circa il doppio ma il sostenere la motivazione orientando il percorso verso obiettivi intermedi, favorisce una percezione di “riuscita” del compito che spinge più facilmente al raggiungimento dell’obiettivo finale.

Implementazione del servizio nella rete ospedaliera: il processo di sostegno all’ambulatorio ha visto l’attenzione di vari reparti ospedalieri come la Medicina Generale, la Diabetologia, la Cardiologia e la Pneumologia. Con il reparto di Pneumologia è stato siglato un protocollo aziendale, che ha permesso di sostenere la collaborazione tra l’ambulatorio psicologico e l’unità di Pneumologia attivando da settembre 2023 il percorso farmacologico con citisina riservato, per problemi organizzativi, solo ai loro pazienti.

Conclusioni

I 156 percorsi, di cui 78 nel 2024 tra personale dipendente ed esterni, sottolineano un andamento soddisfacente e costantemente in crescita dell’ambulatorio. L’assetto organizzativo diventa la sfida/possibilità di mettere in campo sinergie diverse, peraltro già disponibili in azienda per coniugare la realtà con i bisogni di chi fa parte dell’organizzazione, favorendo e sostenendo l’attivazione di un clima organizzativo migliore. È in fase di valutazione il cambiamento del regolamento aziendale per creare spazi per i fumatori nelle pertinenze esterne all’ospedale e nelle strutture territoriali, sia per i dipendenti dell’azienda che per gli esterni. Tale scelta vuole coniugare la necessità di accogliere in spazi ad hoc chi al momento resta in fase pre-contemplativa preservando la sicurezza degli spazi interni all’ospedale ma nel contempo favorire, attraverso varie iniziative comunicative, l’accompagnamento verso il percorso di disassuefazione.

Grafici allegati (dati estrapolati dal programma gedi)

n.1: progressione accessi

l’implementazione appare evidente dal 2019 al 2024, confermando la scelta organizzativa di spostare l’ambulatorio dal SerD in ospedale;

n. 2: obiettivo

obiettivo raggiunto su 156 percorsi nella triennalità, il 63,7% ha raggiunto l’obiettivo concordato mentre il 36,3% ha abbandonato il percorso;

n.3: maschi/femmine dal 2019 al 2024

gli accessi per genere vedono più donne che uomini, l’ipotesi che vede le donne affluire in modo maggiore

all’ambulatorio è che ci sia un’attitudine di genere diversa alla cura di Sè, dove le donne hanno maggiore propensione nella richiesta d’aiuto. Rispetto al raggiungimento dell’obiettivo concordato le differenze di genere non sembrano, all’interno della casistica in esame, portare variazioni significative rispetto alle tempistiche e ai risultati che confermano la riuscita del percorso.

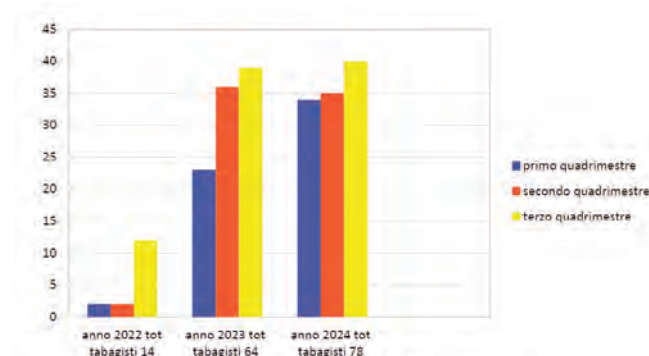


Grafico n.1: Progressione accessi dal 2022 al 2024= 156

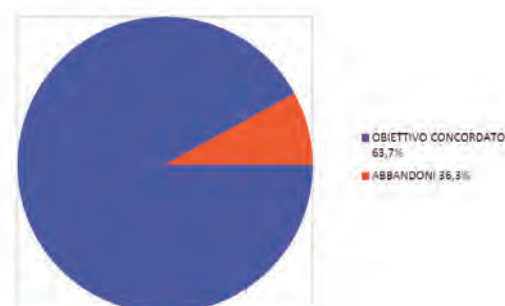


Grafico n.2: Andamento programmi dal 2022 al 2024 su un totale di 156 (fonte gedi)

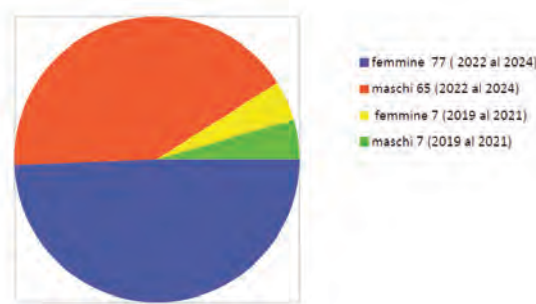


Grafico n.3: Progressione accessi maschi/femmine dal 2019 al 2024 = 156

Area tematica 6

COCAINA E PSICOSTIMOLANTI Quali farmaci per quali pazienti

6.1

ALTERAZIONI STRUTTURALI E PERFUSIONALI CONVERGENTI NEL DISTURBO DA USO DI COCAINA: STUDIO CLINICO E DI IMAGING MULTIMODALE CASO-CONTROLLO

Matrone M.*[1], Romano A.[2], Motta P.[3], Bozzao A.[2], De Persis S.[3]

[1]ASL di Rieti, UOC Patologia da Dipendenza, Dipartimento integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle Dipendenze Patologiche. Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di S, [2]Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso - NESMOS ~ Roma ~ Italy, [3]ASL di Rieti, UOC Patologia da Dipendenza, Dipartimento integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle Dipendenze Patologiche. ~ Rieti ~ Italy

Integrazione Morfometria Voxel-Based e Arterial Spin Labeling: Imaging quantitativo integrato di struttura e perfusione cerebrale

Introduzione

La cocaina è la seconda sostanza illecita più comunemente utilizzata al mondo. Il disturbo da uso di cocaina (CUD) è una malattia grave e disabilitante ad andamento cronico, caratterizzata da cambiamenti nei circuiti neuro-cognitivi di ricompensa e inibizione, problemi di salute fisica e mentale (Volkow et al., 2019). In assenza di biomarkers validati, l'utilizzo di tecniche di neuroimaging multimodali appare utile per descrivere fenotipi clinici, valutare il rischio di ricaduta e stratificare target terapeutici specifici.

L'obiettivo dello studio era valutare l'esistenza di pattern convergenti di alterazione struttura-funzione ed esplorare l'associazione tra marker di neuroimaging e parametri clinici.

Metodi

Abbiamo condotto uno studio clinico e di neuroimaging multimodale su 28 soggetti affetti da dipendenza da cocaina (CUD) in fase attiva e 20 controlli sani (HC), reclutati presso la UOC Patologia da Dipendenza della ASL di Rieti nel periodo compreso tra Dicembre 2023 e Agosto 2025. Tutti i soggetti arruolati nello studio hanno effettuato un assessment clinico che ha valutato la severità della dipendenza attraverso la scala di valutazione SDS (Severity Dependence Scale), intensità e frequenza del craving attraverso la Visual Analog Scale (VAS-C). La psicopatologia e il funzionamento globale attraverso la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), la BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale) e la GAF (Global Assessment of Functioning). Le funzioni cognitive esecutive sono state indagate attraverso il Test della Torre di Londra. Le caratteristiche socio-demografiche e cliniche sono riportate in Tabella 1. Pazienti e controlli hanno eseguito ad una RM strutturale e funzionale senza mezzo di contrasto con scanner 1.5 tesla presso l'AOU Sant'Andrea di Roma, sezione di Neuroradiologia. Abbiamo analizzato la perfusione cerebrale attraverso acquisizioni Arterial Spin Labeling (ASL), in grado di fornire informazioni sul flusso ematico cerebrale (CBF) utilizzando protoni dell'acqua del sangue arterioso marcati magneticamente come tracciante endogeno senza necessità di mezzo di contrasto. L'analisi strutturale è stata eseguita utilizzando la morfometria basata su voxel (VBM) utilizzando l'approccio di mappatura statistica parametrica.

Risultati

I soggetti affetti da CUD hanno ottenuto livelli di impulsività più elevati rispetto agli HC in particolare nella sottoscala attentiva ($p = 0.000$), da non pianificazione ($p = 0.000$) e nei punteggi totali ($p < 0.000$). Dopo correzione per età, sesso e livello di istruzione, il 39% dei soggetti CUD ha riportato prestazioni cognitive (funzioni esecutive) al di sotto della norma nel test della torre di Londra. L'analisi VBM ha mostrato una riduzione volumetrica statisticamente significativa nei CUD rispetto agli HC nel cingolo anteriore (ACC), giro frontale superiore dx, giro frontale medio sx, corteccia parietale destra, giro temporale medio bilaterale, polo temporale dx, e nucleo caudato sx (Cluster level $p=0.005$) (Figura 1a, 1b). Nei soggetti con CUD la tecnica ASL ha evidenziato un'ipoperfusione cerebrale

Figura 3. Confronto tra VBM e ASL (CUD < HC).

Rappresentazioni su superficie corticale: riga superiore = VBM (aree con riduzione del volume di sostanza grigia); riga inferiore = ASL (aree con riduzione del flusso ematico cerebrale). Sono visibili multiple convergenze nelle regioni del cingolo anteriore, regioni frontali e temporali. Proiezioni: laterale sinistra, laterale destra e dorsale.

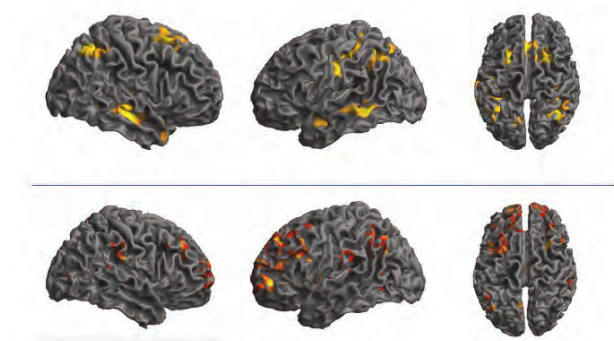


Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche e cliniche del campione. I dati sono espressi come percentuali o medie $\pm$ deviazione standard, a seconda dei casi. Abbreviazioni: CUD: Disturbo da uso di cocaina, HC: Controlli sani, BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale, BIS-11: Barratt Impulsiveness Scale, GAF: Global Assessment of Functioning, SDS: Severity Dependence Scale, VAS-C: Visual Analog Scale, Craving.

	CUD (N=28)	HC (N=20)	p-value
Età in anni ($\bar{x} \pm DS$)	38.53 $\pm$ 10.64	31.65 $\pm$ 11.20	$p = 0.038$
Sesso, Maschi (%) [χ^2 test]	20 (71.4%)	7 (35%)	$p = 0.027$
Livello Educativo (%) [χ^2 test]			Test Fisher
Medie inferiori	10 (36%)	1 (5%)	$p = 0.015$
Medie superiori	12 (43%)	2 (10%)	$p = 0.022$
Università, Master, Ph.D.	6 (21%)	17 (85%)	$p < 0.001$
Età di inizio consumo cocaina (anni $\pm$ DS)	22.6 $\pm$ 9.55		
Età di uso continuativo (anni $\pm$ DS)	26.28 $\pm$ 11.27		
Cocaina sniffata (%)	61%		
Cocaina fumata-crack (%)	14%		
Modalità plurima escluso via iniettiva	25%		
Modalità plurima incluso via iniettiva	0%		
BPRS ($\bar{X} \pm DS$)	43.25 $\pm$ 7.90		
BIS 11 sottoscala attentiva ($\bar{X} \pm DS$)	18.71 $\pm$ 3.92	13.95 $\pm$ 3.41	$p = 0.000$
BIS 11 sottoscala motoria ($\bar{X} \pm DS$)	23.5 $\pm$ 5.02	21.1 $\pm$ 3.99	ns
BIS 11 sottoscala non-pianificazione ($\bar{X} \pm DS$)	29.10 $\pm$ 4.62	22.8 $\pm$ 4.51	$p = 0.000$
BIS 11 totale ($\bar{X} \pm SD$)	71.32 $\pm$ 9.74	57.85 $\pm$ 7.52	$p < 0.000$
GAF ($\bar{X} \pm DS$)	56.71 $\pm$ 10.77		
SDS ($\bar{X} \pm DS$)	8.14 $\pm$ 1.93		
VAS-Craving-intensità ($\bar{X} \pm DS$)	6.28 $\pm$ 2.38		
VAS-Craving-frequenza ($\bar{X} \pm DS$)	6.21 $\pm$ 2.11		
Torre di Londra/Problem solving ($\bar{X} \pm SD$)	16.28 $\pm$ 2.81		

Area tematica 7

NPS: dall'impatto sulla salute al possibile intervento

7.1

USO DI "CRYSTAL METH" (SHABOO) IN ITALIA: UNA NUOVA SFIDA? DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

Besana F.*[1], Barbieri E.[1], Barbini D.[1], De Rosa M.[1], Minci M.[1], Micheli D.[1], Pasquariello S.[1], Negri A.[1], Papaluca S.[1], D'Agostino A.[2]

[1]ASST Santi Paolo e Carlo ~ Milano ~ Italy,
[2]Università degli Studi di Milano ~ Milano ~ Italy

Analisi di un caso clinico di uso problematico di shaboo (metanfetamina/crystal meth), in un paziente di 40 anni di origine filippina.

Introduzione

Lo shaboo è un termine di strada diffuso in alcune aree dell'Asia, in particolare nelle Filippine e in Thailandia, per indicare la metanfetamina, uno stimolante potente e fortemente additivo, conosciuto a livello internazionale anche come crystal meth, ice o glass (Martinotti et al., 2024). La sostanza agisce principalmente sul sistema nervoso centrale, interferendo con diversi neurotrasmettitori coinvolti nei circuiti della ricompensa, in particolare dopamina, noradrenalina e serotonina (Prasad et al., 2023). L'inibizione del trasporto della dopamina nelle vescicole sinaptiche provoca un marcato aumento della sua concentrazione extracellulare, responsabile degli effetti immediati della sostanza: euforia, incremento dell'energia, aggressività, tachicardia, ipertensione e riduzione dell'appetito.

L'uso cronico, invece, è associato a fenomeni di neurotossicità, compromissione cognitiva, sintomi psichiatrici, nonché a problematiche organiche quali disfunzioni intestinali, gravi danni dentali (meth mouth) e lesioni cutanee. Evidenze di neuroimaging mostrano alterazioni strutturali e funzionali, soprattutto a livello

delle vie corticali e striatali, che sostengono cambiamenti cognitivi e comportamentali alla base dell'uso compulsivo. Inoltre, lo stress ossidativo, la disfunzione mitocondriale e i processi neuroinfiammatori legati all'assunzione prolungata contribuiscono a deficit cognitivi e a un aumento del rischio di malattie neurodegenerative, come Parkinson e Alzheimer.

Secondo il rapporto 2025 dell'Agenzia Europea sulle Droghe (EUDA), sebbene la prevalenza dell'uso di metanfetamine rimanga relativamente bassa in gran parte dell'Europa occidentale, si osserva un aumento del consumo e dei sequestri della sostanza nell'Europa centrale e orientale, in particolare in paesi come Repubblica Ceca, Slovacchia e Polonia (EUDA, 2023). Negli ultimi anni, l'Europa si sta affermando come un nuovo produttore nel mercato globale per questo tipo di psicostimolanti, come evidenziato dal costante incremento della frequenza dei sequestri (più che raddoppiati) e delle quantità confiscate tra il 2010 e il 2020 (più che quadruplicate). Questi dati mettono in luce un panorama delle sostanze in trasformazione e la necessità di un monitoraggio continuo. Sulla base di queste premesse, descriviamo la gestione di un caso clinico di un uomo di 40 anni, con uso problematico di shaboo, in carico al SerD di Via Boifava Milano (ASST Santi Paolo e Carlo). Il paziente ha fornito il consenso informato alla realizzazione del lavoro e i dati clinico-anamnestici sono stati modificati per tutelare la privacy dell'utente.

Descrizione del caso clinico

D. è un uomo di 40 anni, originario delle Filippine, che vive in Italia da 22 anni. Il paziente ha una relazione stabile sin dall'età di 18 anni ed è padre di un ragazzo di 15 anni. I suoi due fratelli minori vivono nelle Filippine e sono disoccupati. Il padre, affetto da Disturbo da Uso di Alcool, è deceduto 13 anni fa a causa di un ictus, mentre la madre gode di una salute relativamente buona. Attualmente, D. è impiegato presso un'impresa di pulizie, senza però un contratto regolare. Non presenta anamnesi medica rilevante e non assume farmaci.

Il paziente riferisce un uso occasionale di "shaboo" a partire dal 2014, con un periodo di consumo particolarmente intenso negli ultimi quattro anni, quando l'assunzione è diventata quasi quotidiana, soprattutto in concomitanza con difficoltà emotive, problemi economici e instabilità lavorativa. Successivamente alla presa in carico, ha ridotto l'assunzione a circa 2-3 volte al mese. D. utilizza la metanfetamina principalmente per "avere più energia" e per affrontare sensazioni di stanchezza e malessere, oltre a condividere la sostanza in contesti socio-ricreativi (raduni con i pro-

pri connazionali). Inoltre, una delle ragioni sottostanti l'uso di shaboo è stata lo stress correlato al dover mantenere la famiglia d'origine nelle Filippine e quella acquisita in Italia.

Ha descritto un corteo di sintomi caratterizzato da affaticamento e bassa autostima, seguiti dall'uso della sostanza, che inizialmente alleviava i sintomi ma finiva per peggiorare il suo stato emotivo.

Per confermare la diagnosi di Disturbo da uso di metanfetamine e monitorare l'andamento del consumo, sono stati eseguiti test tossicologici. Successivamente alla fase di valutazione iniziale, è stato definito un piano terapeutico individuale, caratterizzato da colloqui medici, sociali e psicologici con l'obiettivo di raggiungere l'astensione da metanfetamine e problematizzare il comportamento patologico.

Sono stati programmati controlli urinari bisettimanali e analisi su matrice cheratinica ogni tre mesi. Il primo test cheratinico ha evidenziato livelli di metanfetamina pari a 32,47 ng/mg (valore normale < 0,2 ng/mg) e di anfetamina pari a 1,13 ng/mg (valore normale < 0,2 ng/mg), confermando un uso recente e protratto di metanfetamine. I successivi controlli urinari tossicologici effettuati hanno mostrato una progressiva riduzione dell'uso e negli ultimi mesi di trattamento sono risultati costantemente negativi, indicando il raggiungimento di una condizione di astensione protratta.

A seguito di un periodo di uso iniziale, il paziente ha riconosciuto le conseguenze negative dell'uso di metanfetamine dal punto di vista familiare, economico e lavorativo, raggiungendo e mantenendo l'astensione. Ha riferito un miglioramento del rapporto con il figlio e l'integrazione di strategie alternative di coping nella sua routine quotidiana, per gestire stanchezza, livelli di energia e non attuando più agiti aggressivi. Attualmente, D. mantiene il contatto con il SerD tramite regolari colloqui di follow-up e monitoraggi tossicologici in corso; sia i test urinari sia quelli su matrice cheratinica confermano il mantenimento dell'astensione.

Conclusioni

Questo caso mette in evidenza la complessa interazione tra uso di sostanze nel contesto di rilevanti fattori di stress sul piano personale e familiare. Inoltre, quanto descritto evidenzia la necessità di ampliare le conoscenze sugli effetti delle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS), ancora in parte sconosciute ai professionisti della salute, anche a causa della mancanza di fonti di informazione basate sull'evidenza (Corazza et al., 2013). La diffusione delle NPS rappresenta infatti una sfida senza precedenti nel campo delle dipendenze, oltre a configurarsi come un problema complesso e in

crescita sotto i profili sociale, culturale, legale e politico. In questa prospettiva, risulta fondamentale accrescere la consapevolezza e le competenze degli operatori delle dipendenze, nonché promuovere ricerche mirate su base nazionale e internazionale.

È importante considerare che, come nel caso descritto, la condizione di migrazione e i traumi associati ha contribuito in modo significativo sia al disagio complessivo del paziente sia all'abuso di sostanze. Nel corso della presa in carico D. ha raggiunto la regolarizzazione del proprio status socio-lavorativo, migliorando il proprio umore e la propria qualità della vita. Questo caso evidenzia che il trattamento di questi pazienti richiede una attenta gestione multidisciplinare, che tenga anche conto dell'aspetto culturale. È fondamentale una conoscenza accurata degli effetti fisici e psicologici delle Nuove Sostanze Psicoattive, così come l'implementazione di un programma di supporto psicologico e sociale personalizzato, poiché è frequente l'associazione con difficoltà lavorative e problemi legali, oltre che con quadri di scompenso psicopatologico.

Bibliografia

- Corazza, O.; Assi, S.; Simonato, P.; Corkery, J.; Bersani, F.S.; Demetrovics, Z.; Stair, J.; Fergus, S.; Pezzolesi, C.; Pasinetti, M.; et al. Promoting innovation and excellence to face the rapid diffusion of Novel Psychoactive Substances in the EU: The outcomes of the ReDNet project. *Hum. Psychopharmacol.* 2013, 28, 317-323.
- European Drug Agency (EUDA). *European Drug Report 2023: Trends and Developments*; EUDA: Lisbon, Portugal, 2023
- Martinotti, G.; Lupi, M.; Acciavatti, T.; Cinosi, E.; Santacroce, R.; Signorelli, M.S.; Bandini, L.; Lisi, G.; Quattrone, D.; Ciabrone, P.; et al. Novel psychoactive substances in young adults with and without psychiatric comorbidities. *BioMed Res. Int.* 2014, 2014, 815424.
- Prasad, S.; Mathew, P.S.; Piper, B.J.; Kaur, K.; Tian, M. The Neurobiology of Methamphetamine Addiction and the Potential to Reduce Misuse Through Conjugate Vaccines Targeting Toll-Like Receptor 4. *Cureus* 2023, 15, e40259.

Area tematica 8

Pain killers: Fentanyl e non solo

8.1

PROTOCOLLO PER LA GESTIONE FARMACOLOGICA DELL'ABUSO DI ANALGESICI OPPIOIDI ("PAIN KILLER")

**Campana M.*, Bovio A., Daffini L., Rizzardi N.,
Stara A.**

ASST BERGAMO EST ~ SERIATE ~ Italy

Operatività e nuovi utenti target, nel solco del tradizionale uso clinico degli oppiacei

Introduzione

Le informazioni più aggiornate sulla frequenza dell'abuso (o uso inappropriato) di analgesici oppioidi in Italia, sulla base di dati recenti ci indicano che in Italia, nel 2021, il consumo medio di oppioidi terapeutici era di 7,7 dosi giornaliere (DDD) per 1000 abitanti, un valore significativamente inferiore rispetto alla Germania o all'Austria, dove si superano le 20 DDD (dati 2021). Inoltre, circa la metà dei pazienti che assumono oppioidi lo fa per meno di 2 settimane all'anno, mostrando quindi un uso limitato nel tempo. Si stima che in un anno, 2,5 milioni di italiani ricevano almeno una prescrizione di oppioidi per dolore; di questi, soltanto 422.000 (il 17%) hanno continuato una terapia cronica, pari al 4% del totale delle persone affette da dolore cronico. Non vi sono al momento dati scientifici rispetto ai quadri di abuso, uso improprio e dipendenza. Questi numeri, in fondo confortanti nel loro valore percentuale, non dovrebbero pertanto rappresentare un problema di salute pubblica, ciò nonostante, si assiste ad una serie progressiva di segnalazioni ai SerD, di pazienti che manifestano un uso incongruo di farmaci antidolorifici, oppiacei su prescrizione medica ma non solo. Spesso, infatti, lo scarso controllo del dolore induce i pazienti a rivolgersi a professionisti diversi, non sempre operanti nei centri di

terapia del dolore, creando i presupposti per una "stratificazione farmacologica" senza per altro raggiunge l'obiettivo agognato, ovvero il completo controllo del dolore.

Scopo dello studio

Strutturare un protocollo clinico utile al trattamento dell'abuso di "pain killer" nel contesto dei SerD territoriali. Gli obiettivi primari che abbiamo voluto considerare, anche "sfiorando" un ambito, quello del dolore, che non ci appartiene, sono stati: interrompere l'uso improprio dell'analgesico oppioide, gestire gli eventuali sintomi di astinenza e prevenire le ricadute, specie quando si ritiene opportuno conservare la terapia oppiacea di base evitando solo gli abusi e l'uso incongruo. Infine, affrontare eventuali comorbidità (depressione, ansia, disturbi del sonno) che siano, almeno in parte, la causa del disturbo d'abuso.

Materiali e metodi

La valutazione iniziale non può che essere quella classica, quindi anamnesi specifica riguardo la durata del trattamento in corso, le dosi attuali raggiunte, le modalità di assunzione, le motivazioni; dolore, ansia, uso ricreativo. Inquadramento per disturbo da uso di oppiacei secondo DSM-5. Il tutto completato, ove necessario, da esami bio-umoral di controllo allo scopo di valutare la funzionalità epatica e renale. Inoltre, le indagini tossicologiche, mediante matrice urinaria ed eventualmente cheratinica. Si procede poi con l'individuazione di eventuali farmaci concomitanti ed a rischio di interazioni.

Risultati

Abbiamo strutturato un protocollo che viene così schematizzato ->

Inquadramento clinico

1. Anamnesi clinica: tipo di oppioide, dose giornaliera, via di somministrazione, durata d'uso. Presenza di abuso di altre sostanze (alcol, benzodiazepine, cannabis, ecc.). Motivazioni dell'uso (dolore, ansia, uso ricreativo).
2. Esame obiettivo completo, inclusa valutazione neurologica e stato nutrizionale, se ritenuto necessario.
3. Definire la gravità, il rischio di astinenza, la comorbidità e impostare il percorso terapeutico.
4. Valutazioni standardizzate: COWS (Clinical Opiate Withdrawal Scale) punteggio iniziale di astinenza. Le scale NRS (Numerical Rating Scale) e VAS (Visual Analogue Scale); sono strumenti utilizzati per misurare l'intensità del dolore in modo soggettivo. Entrambe le scale sono unidimensionali, focalizzandosi sulla valutazione dell'intensità del dolore, e sono ampiamente

utilizzate in ambito clinico e di ricerca. Non rientrano nel set usuale dei SerD, ma aumentare le conoscenze non viene ritenuto “dannoso” per gli specialisti interessati.

Strategie farmacologiche

a) Disassuefazione graduale (tapering)

1. Riduzione progressiva del dosaggio dell'oppioide in uso.
2. Scopo: minimizzare i sintomi di astinenza e favorire l'adattamento neurobiologico.
3. Può essere usata quando il paziente è collaborativo e non ha grave dipendenza.

b) Farmaci agonisti/agonisti parziali

1. Metadone/Levo-Metadone (agonista pieno dei recettori - oppioidi, riduce craving e sintomi d'astinenza).
2. Buprenorfina, anche in combinazione con Naloxone, (agonista parziale con minore rischio di depressione respiratoria). Indicata nella terapia sostitutiva e per la transizione sicura dal farmaco abusato.

Scelta della strategia terapeutica in base alla gravità del quadro clinico

Gravità	Opzione primaria	Alternativa
Lieve	Tapering lento con analgesici alternativi	Supporto psicologico
Moderata	Buprenorfina/ Naloxone	Metadone in setting autorizzato
Grave	Metadone o buprenorfina + supporto intensivo	Disintossicazione ospedaliera

Posologia consigliata

A. Tapering

1. Riduzione progressiva del dosaggio.
2. Monitorare sintomi di astinenza ed eventualmente rallentare la riduzione del dosaggio.

B. Terapia agonista sostitutiva

1. Buprenorfina/Naloxone
 - Indicazione: trattamento del disturbo da uso di oppioidi, transizione sicura dal farmaco abusato.
 - Modalità d'inizio: avviare solo in presenza di sintomi di astinenza (COWS $\geq$ 8-12). Intervallo minimo: 6-12 h dall'ultimo uso di oppioidi a breve durata, 24-36 h per metadone.
 - Dosaggio: giorno 1: 2-4 mg sublinguale; se tollerato, aggiungere 2-4 mg a distanza di 2-4 h (max 8 mg il primo giorno). giorno 2: 8-16

mg/die. Mantenimento: 8-24 mg/die in dose singola o divisa.

- Note: preferibile la combinazione buprenorfina/naloxone (rapporto 4:1) per ridurre rischio di uso improprio.
2. Metadone/Levo-Metadone (dose dimezzata rispetto alla formulazione racema)
 - Indicazione: terapia sostitutiva nei casi moderati-gravi.
 - Dosaggio iniziale: 20-30 mg per os/die, monitorare periodicamente con Incrementi di 5-10 mg ogni 1-2 giorni fino a controllo del craving.
 - Mantenimento: 60-120 mg/die (in dose singola). Dosi > 120 mg/die valutate solo in casi selezionati con monitoraggio ECG ad eccezione del L-MTD.
 - Note: evitare combinazioni con benzodiazepine o alcol per rischio di depressione respiratoria.

Eventuale gestione del dolore residuo, in collaborazione con i MAP e con i terapisti del dolore

1. Farmaci non oppioidi: paracetamolo, FANS, duloxetina, pregabalin.
2. Terapie non farmacologiche: fisioterapia, TENS, mindfulness.

Monitoraggio

1. Visite regolari per valutare efficacia e aderenza.
 2. Test tossicologici periodici.
 3. Valutazione funzionale: miglioramento qualità di vita, del sonno e dell'umore.
- Integrazione con supporto psicologico
1. CBT per la gestione del craving e per la prevenzione delle ricadute.
 2. Gruppi di auto-mutuo-aiuto di supporto (Narcotics Anonymous, ACAT).
 3. Intervento familiare per migliorare rete di sostegno.

Conclusioni

Pur nella consapevolezza che, in base ai dati nazionali, l'abuso, l'uso incongruo e la dipendenza da oppiacei “pain-killer” non rappresentano, al momento, una emergenza sanitaria, l'arrivo al SerD di un paziente in trattamento antalgico con oppiacei, all'interno di articolate e complesse terapie farmacologiche, è sempre una sfida per gli specialisti dei nostri servizi. La tipologia di pazienti poco appartiene allo stereotipo dell'utente di un SerD ed anche all'immaginario di noi operatori. Talvolta sono persone anziane, altre volte persone con gravi patologie neurologiche, che entrano con timore in un servizio che faticano a riconoscere come il loro luogo di cura, anche solo come luogo di consulenza. Non è raro dovere dedicare molto tempo a spiegare il “senso dell'invio” al SerD e convincerli alla presa in

carico. Al professionista l'abuso spesso appare "inconscio", non interiorizzato e giustificato dalla prescrizione "al bisogno", pericoloso lascia-passare oltre la frontiera della dipendenza. Abbiamo quindi definito un protocollo clinico con lo scopo di favorire lo specialista del SerD nell'inquadramento del paziente e nel suo specifico e più adeguato trattamento. Proprio perché la casistica è poco numerosa, a nostro avviso, necessario usare strumenti condivisi e che facilitino la valutazione degli esiti, anche in vista dell'attivazione del servizio di "riconciliazione farmacologica" che i nostri servizi hanno proposto alla direzione aziendale e pianificato nel PPT specifico (Piano di sviluppo del polo territoriale 2025-2027) che ci vedrà collaborare con le farmacie territoriali, a loro volta sempre più presidi di sanità.

Area tematica 9

PREVENZIONE UNIVERSALE, SELETTIVA E INDICATA Quali interventi e quali contesti

9.1

FAMILY UNITED E FRIENDS IN FOCUS (UNODC): L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE UNIVERSALE FAMILIARE E BASATI SULLA PEER EDUCATION

Molin V.*[1], Lodi R.[2]

[1]Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale -
Università degli Studi di Trento ~ Trento ~ Italy,
[2]S.O.L.E. (Self Organized Learning Education) Italia ~
Parma ~ Italy

Il contributo presenta i risultati di ricerca per due programmi di prevenzione universale promossi da UNODC e implementati in Italia. Family UNited è un programma familiare per il quale si presenteranno i risultati di un RCT; Friends in Focus è un programma di peer education per il quale si presenteranno i risultati preliminari di un pre pilot.

I progressi nel campo della prevenzione riconoscono oggi l'importanza dell'utilizzo delle risorse familiari come base fondamentale per la prevenzione dell'uso di sostanze nell'adolescenza e di altri comportamenti a rischio, nonché per la promozione della salute mentale e del benessere di tutti i membri della famiglia.

Il contributo mira ad esporre i risultati di un RCT condotto nel 2024 e relativo al programma Family UNited, nonché accenna ai risultati preliminari del programma Friends in Focus, il quale si trova al momento in fase di pre-pilot.

Entrambi i programmi sono sostenuti e promossi dall'Ufficio Droga e Crimine delle Nazioni Unite;

entrambi si inseriscono nell'alveo della prevenzione universale e al momento sono evidence informed (Family UNited, anche grazie allo studio qui presentato, mira a diventare evidence-based essendo poi inserito nel registro Xchange di EUDA (https://www.euda.europa.eu/best-practice/xchange_en).

Family UNited (<https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/family-united.html>) è un programma di prevenzione universale familiare: si rivolge a famiglie con figli di età compresa fra gli 8 ed i 15 anni e prevede un totale di 4 incontri della durata di 2 ore ciascuno. Friends in Focus (<https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/youth-initiative/friends-in-focus.html>) è un programma di prevenzione universale che adotta la strategia della peer education. Giovani di età compresa fra i 18 ed i 25 anni ricevono una formazione intensiva e conducono successivamente cicli formativi interattivi con ragazzi di età compresa fra i 14 ed i 17 anni. Friends in Focus prevede un totale di 6 incontri da 90 minuti ciascuno e si svolge in ambiente extrascolastico. Entrambi i programmi adottano una strategia basata sulla scienza della prevenzione, sulla promozione del benessere e la prevenzione del disagio (anziché del sintomo) lavorando in special modo sul potenziamento dei fattori di protezione ad ampio spettro.

Nel 2024 è stata avviata una sperimentazione clinica su Family UNited in Provincia di Trento e a Parma. Per valutare l'efficacia è stato condotto uno studio controllato a grappolo multi-sito, non cieco, a due bracci, con 160 famiglie (80 nel gruppo sperimentale e 80 nel gruppo di controllo) per valutare eventuali miglioramenti nelle competenze genitoriali, nel benessere dei bambini e nella salute mentale della famiglia dopo la partecipazione all'intervento. Il protocollo dell'indagine è stato pubblicato nel 2023: Haar, K., El-Khani, A., Lodi, R., Molin, V., Pelosi, A., Yassine, A., Campello, G., & Maalouf, W. (2023). Assessing the Efficacy of a Brief Universal Family Skills Programme on Violence and Substance-Use Indicators in Youth in Trentino and Parma, Italy: Study Protocol for a Multi-Centre, Non-Blinded, Cluster-Randomised Controlled Trial (cRCT) of Family UNited. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(16), 6548. <https://doi.org/10.3390/ijerph20166548>.

Basandosi sulla resilienza dei bambini costruita attraverso Family UNited, l'Italia ha attinto nel 2025 anche al nuovo programma Friends in Focus (sempre sostenuto e promosso da UNODC), per sostenere al meglio gli adolescenti nell'affrontare le sfide quotidiane e fornire loro strumenti per proteggere sé stessi ed i propri amici dall'uso di sostanze e dai comportamenti a rischio in genere. Una caratteristica unica di Friends in Focus sta nel fatto che utilizza un approccio peer-to-

peer e coinvolge significativamente i giovani come agenti di prevenzione nei loro ambienti di vita e comunità. Fa leva sull'influenza positiva che l'interazione tra pari può avere nel promuovere atteggiamenti sani, convinzioni normative e abilità sociali. Il pre-pilota di Friends in Focus è stato avviato nel marzo 2025 (https://www.unodc.org/unodc/drug-prevention-and-treatment/news-and-events/2025/april/launching-friends-in-focus-in-italy_-a-collaborative-community-effort.html) e le successive sessioni di formazione tra pari sono in corso.

L'implementazione complementare di Family UNited e Friends in Focus consente un sostegno più ampio e olistico ai beneficiari, che abbraccia diverse età (bambini, giovani, genitori) e contesti (famiglie, comunità, scuole, centri di aggregazione giovanile, ecc.) in una visione di prevenzione multicomponente. Questo approccio è un passo significativo verso la creazione di sistemi di prevenzione completi per una società più sana e resiliente. Questo abstract presenterà i risultati della sperimentazione clinica di Family UNited e l'esperienza di Friends in Focus, e illustrerà le implicazioni per la ricerca e la pratica che contribuiscono a un continuum nella prevenzione attraverso la lente dell'esperienza italiana.

9.2

PREVENZIONE IN RETE E PROSSIMITÀ DIGITALE: RI-NARRARE I SERVIZI DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Salsano V.*[1], Barzan N.[2]

[1]Servizio Dipendenze Patologiche Faenza ~ Faenza ~ Italy, [2]Servizio Dipendenze Patologiche Lugo ~ Lugo ~ Italy

L'esperienza del progetto "Fra le Righe" dei Servizi Dipendenze Patologiche di Faenza e Lugo.

Introduzione e cornice di riferimento

L'evoluzione tecnologica degli ultimi decenni ha posto i servizi sanitari e socio-sanitari davanti alla necessità di affrontare una transizione digitale significativa, che coinvolge anche l'ambito delle dipendenze patologiche. In questo scenario, l'esigenza di intercettare precocemente l'utenza giovanile, in particolare nella fascia d'età compresa tra i 14 e i 25 anni, ha spinto verso una revisione dei tradizionali approcci preventivi. Si è così resa necessaria un'estensione degli interventi anche ai contesti digitali maggiormente frequentati dai giovani. Questa trasformazione ha favorito lo sviluppo di un modello operativo integrato, nel quale le azioni svolte nei contesti fisici (come scuole, discoteche, associazioni) si affiancano a interventi mirati nei contesti digitali, in particolare sui social network. Tale approccio si inserisce nella cornice concettuale dell'onlife, che riconosce la continuità tra reale e virtuale nell'esperienza quotidiana delle nuove generazioni, essendo entrambe dimensioni abitate, vissute e percepite come emotivamente connotate dalla popolazione giovanile (e non solo).

Secondo il Rapporto CENSIS 2024, il 90,1% della popolazione italiana si informa principalmente tramite web e social media. Questo dato, applicato al contesto sanitario, suggerisce come i social possano rappresentare uno strumento strategico per promuovere l'alfabetizzazione sanitaria (health literacy), facilitare l'accesso ai servizi e veicolare contenuti educativi e preventivi. In particolare, per il target giovanile, una comunicazione orientata alla relazione e al linguaggio amichevole può favorire l'intercettazione precoce di com-

portamenti a rischio e l'attivazione di interventi tempestivi (early recruitment).

Tenuti in considerazione questi aspetti e la letteratura scientifica a supporto dei benefici dell'innovazione digitale in ambito preventivo, dal 2016, congruamente con quanto autorizzato a livello aziendale, i Servizi Dipendenze Patologiche di Faenza e Lugo hanno attivato account sui principali social network (Facebook, Instagram e Tik Tok), nell'ambito del progetto "Fra le Righe".

Immagine 1. logo progetto "Fra le Righe" Faenza e Lugo



Fra le Righe è un progetto di prevenzione selettiva e di prossimità attivo dal 2009 sul territorio di Faenza.

Gli stakeholders principali del progetto sono il privato sociale e il Sistema Sanitario Nazionale, è infatti presente un rapporto di collaborazione tra enti del terzo settore e i Servizi Dipendenze Patologiche di Faenza e Lugo.

La popolazione target della progettualità è rappresentata, principalmente, dalle persone appartenenti alla fascia d'età 18-28 anni e le metodologie utilizzate sono quelle della peer education, ovvero l'educazione tra pari e del 'just say know', un approccio preventivo e dialogico basato su informazioni scientifiche e di salute e sulla costruzione di un pensiero critico rispetto alle tematiche oggetto di riflessione.

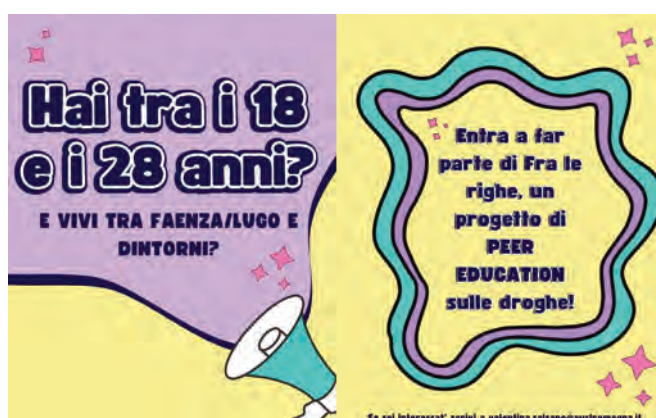
Lo scopo principale del progetto è quello di sensibilizzare la popolazione giovanile rispetto alle tematiche alcol e guida, ai rischi correlati ad un abuso di sostanze e alla mission del Servizio Dipendenze Patologiche. Altri obiettivi che vengono perseguiti dal progetto sono: la de-stigmatizzazione del Servizio Dipendenze Patologiche e delle persone prese in carico, la risignificazione del mondo delle sostanze, letto e compreso nel binomio imprescindibile del 'rischio-piacere' e studiato nell'ottica di fenomeno socioculturale e non con una connotazione stereotipata di problematicità.

Fra le Righe è un progetto che viene avviato ogni anno e si compone di diverse fasi.

In prima battuta vengono messe in atto azioni di scouting dei peer educator.

Attraverso pubblicazioni sui social e comunicati stampa viene presentato il progetto e la call to action ai futuri peer tra i 18 e i 28 anni.

Immagine 2. *Call to action futuri peer educator per progetto "Fra le Righe"*



Gli interessati mandano la proposta di adesione via mail al referente del progetto e, se rientrano nell'unico criterio di selezione dell'età, vengono inseriti nel progetto.

Successivamente i peer educator svolgono un ciclo formativo della durata di circa 15 ore, distribuite in cinque incontri, inerente alcol e rischi correlati, sostanze psicoattive illegali, prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, gioco d'azzardo e, infine, viene svolta una giornata di role playing in cui vengono presentati i meccanismi relazionali attuabili nei contesti del loisir e della riduzione dei rischi.

A seguito di questa formazione i peer, con la presenza degli operatori del Ser DP, svolgono interventi di prossimità e riduzione dei rischi nei contesti del divertimento.

Le azioni svolte nel loisir consistono nell'esecuzione di etilometri gratuiti, anonimi e non a fini legali per la sensibilizzazione rispetto alla tematica alcol e guida, alla distribuzione di preservativi con l'obiettivo di informare sulle malattie sessualmente trasmissibili, al counseling mediante l'utilizzo di flyers per fornire informazioni sulle sostanze psicoattive.

Per quanto concerne il versante digitale, dal 2023 sono stati attivati dei Social Lab, ovvero dei laboratori mirati a creare contenuti da pubblicare sui social network del progetto. Queste azioni rientrano nel framework delle azioni di prossimità digitale.

Obiettivi prossimità digitale

Il concetto di prossimità digitale fa riferimento a interventi e progettualità realizzati all'interno degli ambienti digitali, considerati come un'estensione degli spazi tradizionali di azione dei servizi. In questo contesto, il digitale diventa un luogo strategico per la rinarrazione del ruolo, delle funzioni e dell'identità dei servizi per le dipendenze patologiche, contribuendo a modificare l'immagine e l'immaginario collettivo che la popolazione generale ha di tali servizi, in un'ottica di maggiore accessibilità, riconoscibilità e legittimazione sociale.

Queste azioni si inseriscono all'interno della cornice metodologica del digital storytelling, inteso come approccio narrativo che utilizza linguaggi multimediali per costruire e condividere narrazioni all'interno degli spazi digitali.

La letteratura individua quattro elementi fondamentali che caratterizzano il processo di digital storytelling:

- **Interattività**, l'utente non è un destinatario passivo, ma diviene, il cosiddetto prosumer (neologismo nato dalla crasi dei termini consumer e producer), ovvero una persona attiva rispetto ai fatti, in grado di interagire con altri e prendere decisioni che possono influenzare la narrazione, si tratta di un atteggiamento proattivo traslato nei contesti online.
 - **Multimedialità**, il digital storytelling può avvalersi di un ampio spettro di strumenti multimediali, come ad esempio testi, video, immagini, animazioni, grafiche interattive. Questa varietà di contenuti può generare narrazioni multisensoriali, funzionali a mantenere alto il livello di attenzione e a diversificare il customer journey, o percorso del cliente, ossia la serie di esperienze ed emozioni che la persona vive quando si interfaccia con un'azienda/servizio.
 - **Accessibilità**: le tecnologie digitali consentono di raggiungere molte persone, in poco tempo, oltre che favorire, in alcuni casi, dinamiche di inclusione e di facilitazione.
 - **Flessibilità**: l'utilizzo del digital storytelling permette di garantire un'adattabilità rispetto alle modifiche dei bisogni della popolazione generale, potendo personalizzare gli interventi.
- Questi elementi risultano utili ed applicabili al contesto delle dipendenze patologiche, ovvero ad uno spazio di prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno che richiede:
- un costante scambio interpersonale, connotato da relazioni terapeutiche, momenti di accoglienza, spazi sicuri e non giudicanti (interattività),
 - una diversificazione dei contenuti e degli strumenti utilizzati sulla base dei target, dei bisogni e degli obiettivi (multimedialità),

- un contesto accessibile, con cui la persona portatrice di bisogni può interfacciarsi anche 'schermata' e mediata da uno strumento digitale (accessibilità),
- un mindset flessibile e in costante cambiamento che possa rimanere al passo delle modifiche degli scenari di consumo.

La realizzazione di interventi specifici di prossimità digitale consente il perseguimento di obiettivi coerenti con la mission e la vision dei Servizi per le Dipendenze Patologiche (SerDP). L'impiego strategico delle piattaforme social media favorisce la creazione di una "rete nella rete", facilitando la costruzione di sinergie interistituzionali con realtà territoriali, regionali e nazionali attive nel campo della prevenzione, nonché l'intercettazione precoce di soggetti a rischio o con consumi problematici.

I contenuti digitali e il registro comunicativo adottato veicolano i valori fondanti del servizio, evidenziando una postura professionale inclusiva, accogliente e non giudicante. Questa modalità comunicativa, integrata ad azioni territoriali condotte in contesti scolastici, ricreativi e associativi, contribuisce a rafforzare la riconoscibilità degli operatori e ad agevolare i percorsi di accesso e orientamento al servizio.

Gli interventi digitali assumono inoltre una funzione informativa, educativa e di sensibilizzazione, offrendo contenuti scientificamente fondati in merito all'uso di sostanze psicoattive e ai comportamenti a rischio. Contestualmente, tali contenuti si configurano come strumenti utili alla decostruzione dello stigma associato sia all'utenza in carico che ai Servizi stessi, contribuendo a riformulare l'immaginario sociale delle dipendenze.

Metodologia applicata alla prossimità digitale

La realizzazione di interventi nell'ambito della prossimità digitale necessita di una metodologia strutturata, fondata sull'identificazione di indicatori e variabili osservabili che ne rendano possibile la misurazione, la valutazione e la rendicontazione. Tale approccio è coerente con i principi di efficacia, efficienza e accountability propri del funzionamento delle aziende sanitarie pubbliche.

La progettazione del concept operativo e la definizione della strategia digitale devono essere accompagnate da una stima preventiva delle risorse umane necessarie, al fine di garantire la sostenibilità e la coerenza interna del progetto, sia in termini organizzativi che di impatto atteso.

È inoltre fondamentale prevedere la costituzione di un'équipe multidisciplinare adeguatamente formata, con competenze specifiche nell'utilizzo delle soft skills

digitali applicate al lavoro sociale e clinico, in particolare nei contesti di prevenzione e aggancio precoce relativi all'uso di sostanze psicoattive e ai comportamenti a rischio in adolescenza e prima età adulta.

Per quanto concerne la progettualità "Fra le Righe", il Servizio Dipendenza Patologiche ha costituito nel 2016 il profilo Facebook e nel 2018 l'account Instagram.

A giugno 2023, contestualmente con l'attivazione dei social lab, è stata attuata una riprogettazione dei profili social mettendo in atto focus group con i peer educators coinvolti nel progetto. L'obiettivo di questi incontri era condurre un'analisi dello stato attuale (AS IS) delle attività digitali in essere, in particolare del lavoro svolto sui social network, e successivamente definire una visione prospettica per la progettazione di azioni migliorative (TO BE).

L'analisi AS IS si è basata sull'emersione di contributi qualitativi dai peer, integrati dall'analisi degli insight messi a disposizione dalle piattaforme social, comprendenti dati su: numero e tipologia di utenti raggiunti, caratteristiche socio-anagrafiche, livello di interazione, copertura dei contenuti e frequenza di pubblicazione. Dall'incrocio tra i dati quantitativi e il confronto qualitativo è emersa una frammentazione dell'azione comunicativa digitale, in quanto le piattaforme venivano prevalentemente utilizzate come canali accessori, finalizzati alla promozione di eventi realizzati nei contesti fisici, senza una pianificazione strutturata, né obiettivi definiti.

A partire da questa analisi, è stata co-progettata la fase TO BE degli interventi digitali, definendo, in sede di focus group, gli obiettivi generali della comunicazione online. Particolare attenzione è stata posta all'identificazione dei target da intercettare, con un focus specifico sulla fascia d'età 14-25 anni. In relazione a ciò, è stato creato un profilo TikTok, considerato il canale più idoneo per il raggiungimento di tale popolazione.

Per garantire coerenza ed efficacia, è stata elaborata una strategia di content design differenziata per piattaforma, rispondente alle caratteristiche degli utenti e delle dinamiche comunicative di ciascun social. È inoltre emersa, in modo trasversale, la necessità di garantire continuità e stabilità operativa agli interventi digitali. A tal fine, la direzione del servizio ha individuato risorse umane interne, già formate o da formare, incaricate della gestione dei profili social e del coordinamento operativo delle azioni.

Infine, per garantire oggettività, valutabilità e sostenibilità nel tempo, è stato pianificato un ciclo progettuale strutturato, in grado di monitorare, documentare e migliorare ciclicamente le attività di prossimità digitale.

Immagine 3. Ciclo progettuale degli interventi di prossimità digitale



La progettualità in prossimità digitale si configura come un processo ciclico e adattivo, caratterizzato da una circolarità di azioni che consente una revisione continua delle attività sulla base dei dati raccolti e dei bisogni emergenti. Tale approccio garantisce la flessibilità e l'aderenza ai contesti reali, permettendo l'adeguamento delle strategie comunicative e operative in itinere.

Per quanto riguarda l'impostazione comunicativa, gli interventi si fondano sulla metodologia del Just Say Know, che si contrappone ai modelli deterrenti del tipo Just Say No. L'obiettivo non è generare paura o stigma nei confronti dell'uso di sostanze psicoattive, ma piuttosto fornire strumenti conoscitivi e informativi utili alla costruzione di un pensiero critico e consapevole da parte delle giovani generazioni.

Lo stile comunicativo adottato è improntato a un linguaggio amichevole e accessibile (friendly-oriented), che mira a veicolare contenuti scientificamente validati in modo comprensibile, coinvolgente e coerente con i codici comunicativi delle fasce giovanili. Questa scelta stilistica risponde all'esigenza di rendere percepibile la postura non giudicante e accogliente del servizio, promuovendo una rappresentazione positiva e accessibile degli interventi offerti nell'ambito delle dipendenze patologiche.

A completamento della presente descrizione, si allegano i QR code degli account social attivi nel progetto, a titolo esemplificativo dei contenuti pubblicati e delle modalità comunicative adottate.

Valutazione e rendicontazione

L'efficacia del progetto viene monitorata attraverso un set di indicatori quantitativi condivisi con la Regione Emilia-Romagna. Ogni sei mesi si effettua una rendicontazione interna e, annualmente, viene redatto un

report seguendo il modello regionale. Gli indicatori osservati includono il numero di follower, il volume e la tipologia dei contenuti pubblicati, le interazioni (like, condivisioni, salvataggi), le visualizzazioni, gli accessi ai profili e i contatti diretti avvenuti tramite chat privata.

Immagine 4. Qr code per visualizzare su Instagram il profilo di "Fra le Righe"



Immagine 5. Qr code per visualizzare account su Tik Tok di "Fra le Righe"



Immagine 6. Tabella indicatori prossimità digitale

Obiettivo	Tipologia di indicatore	Indicatore	Standard di riferimento valore soglia
Garantire continuità di agli interventi di prossimità digitale	Indicatore di processo	N° contenuti pubblicati annualmente	Almeno 1 contenuto al mese per ogni piattaforma
Implementare l'health literacy della popolazione generale rispetto alle tematiche delle dipendenze patologiche	Indicatore di risultato	N° follower	+ 10 % ogni anno
Essere riconoscibili e riconosciuti sul territorio come portatori di un sapere e servizio a cui rivolgersi	Indicatore di risultato	N° visite al profilo	Almeno 400 in un anno
Intercettare precocemente persone con un possibile consumo problematico (early recruitment)	Indicatore di processo	N° contatti via chat	Almeno 2 all'anno

Risultati

I risultati riportati di seguito fanno riferimento all'anno 2023, annata in cui è iniziata la revisione dei social e l'applicazione delle azioni di miglioramento, e al 2024.

Nel 2023 è stato creato l'account Tik Tok del progetto, con lo scopo di intercettare la popolazione appartenente alla fascia d'età 14-25 anni.

Al 31.12.2023 si registravano 189 followers su Tik Tok, un totale di 24 video pubblicati, 118161 visualizzazioni complessive, 1896 mi piace totali, 1378 visualizzazioni al profilo, 323 condivisioni, ovvero persone che avevano inviato un contenuto ad uno o più altri account.

Al 31.12.24 si registra un incremento di 131 followers, un totale di 26 video pubblicati, 94800 visualizzazioni complessive, 1601 mi piace totali, 1224 visualizzazioni al profilo e 181 condivisioni.

Per quanto riguarda il profilo Instagram, questo era già esistente dal 2018, a seguito delle azioni migliorative applicate, al 31.12.2023 si registravano + 323 followers rispetto all'anno 2022, con un totale complessivo di 615 seguaci. Nel 2023 sono stati pubblicati 103 post, di questi 59 sono stati salvati dagli utenti ed in media si sono registrati 22 likes a contenuto.

Al 31.12.24 si è registrato un ulteriore incremento di 133 followers per un totale di 748 seguaci. Nel 2024 sono stati pubblicati 74 post, di questi 53 sono stati salvati dagli utenti ed in media si sono registrati 25 likes a contenuto.

Nel 2023, per quanto concerne Facebook, sono stati pubblicati un totale di 56 contenuti, i follower ammontavano a 960 persone totali, si è registrato un +20 % rispetto al numero di follower dell'anno 2022. Il numero totale di visite alla pagina raggiunto nel 2023 era di 457.

Nel 2024 questi dati hanno registrato un incremento, eccetto il numero di follower che è rimasto pressoché stabile.

Sono stati pubblicati un totale di 61 contenuti e sono state registrate 829 visite alla pagina.

Nel biennio 2023-2024 sono stati registrati 6 contatti diretti tramite chat privata (messaggistica), distribuiti su più piattaforme. Tali interazioni rappresentano una prima forma di aggancio e prossimità relazionale digitale, meritevole di monitoraggio e approfondimento qualitativo in futuro.

Conclusioni e prospettive

L'approccio di prossimità digitale adottato dai SerDP di Faenza e Lugo rappresenta un esempio innovativo e replicabile di integrazione tra prevenzione sanitaria e comunicazione digitale. La strategia ha dimostrato una buona capacità di raggiungere il target giovanile, di promuovere la cultura della salute e di contrastare lo stigma legato ai servizi per le dipendenze.

La messa in atto di interventi di prossimità digitale nel framework preventivo del progetto "Fra le Righe" Faenza e Lugo ha permesso una disamina di questa progettualità che di seguito verrà sintetizzata mediante lo strumento della SWOT analysis.

I punti di forza degli interventi svolti sui social network nell'ambito delle dipendenze patologiche si correlano, in primis, alla fruibilità e pervasività, caratteristiche che connotano questa tipologia di piattaforme, queste peculiarità forniscono la possibilità di raggiungere un pubblico di destinatari ampio in poco tempo e quindi di attuare interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti ad un target molto vasto.

Traslando sulla popolazione giovanile i social possono inoltre facilitare l'intercettazione precoce e il lavoro di prossimità, agendo interventi di prevenzione selettiva e indicata.

Il digital storytelling rende, in aggiunta, possibile una ri-narrazione dei servizi delle dipendenze patologiche, fornendo una nuova connotazione de-stigmatizzata e de-stigmatizzante per chi desidera essere preso in cura o rivolgersi agli sportelli preposti.

Il lavoro sui e con i social nell'ambito dei progetti di prevenzione può essere un metodo per attivare gli studenti e renderli creator di prodotti di prossimità digitale nell'ottica di un lavoro di peer education che permette sia la trasmissione di informazioni di salute ai pari, sia un'implementazione delle life skills mediata da strumenti con cui hanno maggiore dimestichezza ed interesse.

I punti di debolezza sono correlati alla carenza di letteratura scientifica rispetto alle progettualità digitali nell'ambito delle dipendenze patologiche, soprattutto per quanto riguarda gli interventi di prossimità digitale. La mancanza di studi può determinare una scarsa valorizzazione sia degli interventi digitali, sia degli operatori referenti di questa tipologia di progettualità. A questo si aggiunge un'insufficiente formazione degli operatori delle dipendenze patologiche rispetto a questo settore. Attualmente risultano una minoranza le agenzie educative ed universitarie che inseriscono all'interno dei curricula di studi programmi riferiti all'implementazione delle soft skills digitali e comunicative per le professioni sanitarie, sociali e socio sanitarie.

Un ulteriore punto di debolezza che emerge dall'analisi

dei dati social di Fra le Righe è il limitato numero di consulenze svolte via chat.

Per quanto riguarda le minacce è importante considerare la velocità che connota gli ambienti digitali e la rapidità con cui questi mutano, caratteristica che richiede momenti di aggiornamento e di formazione continua. Inoltre, è importante tenere in considerazione che una parte della popolazione non ha accesso o non ha dimestichezza con gli strumenti digitali. Il fenomeno del digital divide può avere ripercussioni sull'accesso ai servizi e sui processi di inclusione sociale, è quindi fondamentale progettare tenendo in considerazione questo aspetto al fine di proporre interventi equilibrati ed inclusivi.

Le opportunità possono essere quelle di investire sulla formazione e sull'implementazione di soft skills digitali in modo da rendere queste pratiche più strutturate, inoltre sarebbe interessante introdurre protocolli di ricerca per sistematizzare e valorizzare gli interventi digitali anche da un punto di vista di evidenza scientifica.

‘Navigare in nuovi territori comporta scoprire nuove rotte, adattare le conoscenze a nuovi percorsi, comporta concedere e concedersi la possibilità di sbagliare e la possibilità di correggere ed essere corretti: tutte cose semplici, scontate ma difficili da mettere in pratica. A titolo puramente indicativo vuol dire, per esempio, riconoscere come “maestro” l'operatore ultimo arrivato che, essendo un utilizzatore di tik tok, ti spiega le regole interne di quel social, le cose cui fare attenzione, la policy del gruppo.’

Young People: Systematic Review. Journal of medical Internet research, 20(12), e12244. <https://doi.org/10.2196/12244>.

Bibliografia di riferimento

- Bertone C., Marangi M., Pasquero Gi., Social Media Corpo e Relazioni. Steadycam: un'esperienza di educazione al genere, Erickson, 2022
- Croce M., Mazzoli P. G., Dipendenze e Disturbi da Tecnologie Digitali. Indicazioni per la comprensione e l'intervento clinico integrato, PubliEdit, 2023
- Floridi L., La quarta rivoluzione, Raffaello Cortina Editore, 2017
- Polidori E., Bregli C., Salsano V., Info Pusher: una storia in Marco Riglietta Approccio proattivo e precoce nelle dipendenze: obiettivi, contesti di intervento e pratiche, 2024
- Polidori E. “Campagne di informazione”, in Grosso L., Rascazzo F., “Atlante delle dipendenze”, edizione Gruppo Abele, 2014
- Ridout, B., & Campbell, A. (2018). The Use of Social Networking Sites in Mental Health Interventions for

9.3

FRAGILITÀ DEL SÉ: MINORI DISORIENTATI IN CERCA DI PELLE

Pagani S. *

Altro che Storie onlus ~ Milano ~ Italy

In una sorta di rivoluzione silenziosa, i minori di oggi, portatori di nuove caratteristiche evolutive, cercano confini, senso e presenza. Il Metodo Artademia restituisce spazio al desiderio, alla relazione autentica ed all'esperienza come atto fondativo, per maturare la pelle psichica e prevenire il vuoto.

Nel corso degli ultimi decenni, le trasformazioni sociali e l'evoluzione generazionale, hanno prodotto una trasformazione delle nuove generazioni, con una rapidità senza precedenti, tanto da generare nuove fragilità o meglio, caratteristiche individuali potenzialmente innovative e positive, che spesso non vengono riconosciute come tali e quindi patologizzate. Le generazioni passate vivevano un'esistenza caratterizzata da ritmi e bisogni che, sebbene rigidi e complessi, erano ancora radicati in una realtà percepibile e tangibile. I cambiamenti sociali rapidi e spesso imprevedibili hanno messo i minori di oggi di fronte a sfide che non sono supportate dalla possibilità di rinforzo del sé, attraverso il sano rapporto con l'ambiente circostante.

I progressi tecnologici, inoltre, hanno portato innumerevoli vantaggi, ma hanno anche determinato una disconnessione emotiva e relazionale. Le interazioni digitali, escludendo la possibilità di conoscenza che passa attraverso tutti i nostri sensi, ci privano della possibilità di allenamento alla relazione autentica.

L'osservazione della "pelle psichica" delle nuove generazioni ha portato ad un ulteriore spunto di riflessione. La pelle psichica rappresenta quell'involucro invisibile che ci contiene, ci protegge e ci permette di comunicare con l'altro; la pelle delle nuove generazioni porta caratteristiche nuove, assimilabili alle caratteristiche della pelle organica: meno ruvida, più sensibile e delicata.

La pelle, organica o psichica, rappresenta quel confine che permette una sana percezione di sé, della propria identità. La ricerca di sé, dei propri confini, però oggi deve fare i conti con una iperstimolazione, spesso non naturale, sintetica. Una stimolazione che spinge i

minori a proteggersi allontanandosi dai propri confini o non riconoscendoli per niente. La pelle sottile non solo non riesce a contenerli, ma fatica a filtrare l'invasività di un mondo in corsa perenne. La ricerca di identità diviene così rincorsa attraverso modelli fasulli, irraggiungibili perché non reali, perdendo la possibilità di un processo di maturazione naturale.

Si cresce così pensando di non essere mai adeguati, all'altezza, perdendo l'autenticità dell'esperienza e precipitando nel vuoto della solitudine. In questo clima, non è difficile immaginare come l'insorgere di disturbi psicologici e dipendenze diventi una risposta difensiva a una realtà che risulta incomprensibile e, in molti casi, irraggiungibile. La velocità evolutiva della società ha fatto sì che le giovani generazioni non avessero il tempo e le opportunità di sviluppare un'identità solida, di fare esperienze fisiche concrete che possano nutrire una consapevolezza profonda di sé. Questo squilibrio fra l'evoluzione della società e la capacità del sistema educativo di rispondere ai bisogni emergenti dei giovani ha messo in luce la difficoltà, da parte delle istituzioni e degli adulti, nel comprendere le nuove necessità relazionali e cognitive.

Mentre la velocità della vita sociale ha spinto ad accelerare le capacità cognitive, (che la scuola non riesce ad accogliere in modo funzionale proponendo un metodo obsoleto ed inadeguato che porta alla perdita dell'autostima degli studenti), la dimensione esperienziale e relazionale dei ragazzi è rimasta indietro, portando una esplosione di disturbi sia in ambito cognitivo che in ambito comportamentale e relazionale, e spalancando così le porte a disfunzioni e patologie. La percezione di una fragilità del Sé, dunque, non è un fenomeno che si limita a un'incapacità individuale, ma diventa il riflesso di una realtà più complessa, un ecosistema sociale che non riesce ad adattarsi al passo delle nuove sfide. L'esordio precoce di molte problematiche, tra cui quelle legate alle dipendenze, non è altro che una reazione a una sensibilità che non ha avuto modo di essere accolta, compresa e, soprattutto, protetta.

Ma cosa è davvero la pelle psichica? Didier Anzieu, psicoanalista francese nato negli anni '20 descrive la pelle psichica come una membrana che ci contiene, che svolge una funzione protettiva nei confronti degli stimoli esterni e di contenimento del mondo interno. Questo involucro, se integro e maturo, è quello che non solo ci fa sentire al sicuro, come nel nostro nido, ma se ben sviluppato permette una buona comunicazione con il mondo esterno e contiene 'le mani materne', cioè mantiene traccia di ciò che nei primi anni della nostra vita ci ha accudito e protetto, nutrito e scaldato, così che in qualunque momento di bisogno, si sia in grado di recuperare quella parte di consolazione, sostegno e

integrità. I 'nuovi minori', questa popolazione tanto dotata quanto paralizzata, cresce in ambienti che non hanno più quelle naturali caratteristiche di stimolazione della pelle psichica, trovandosi a fare i conti con una ipersensibilità che diviene fragilità.

La sovrabbondanza di stimoli eccessivi, spesso non naturali, l'iperconnessione digitale e le modalità scolastiche (obsolete) ed educative hanno determinato una crescente difficoltà nel contenere le emozioni e le esperienze, nel riconoscere i propri confini e, di conseguenza, le proprie potenzialità.

La mancanza di esperienza fisica e di contatto diretto con la realtà impedisce ai minori di incontrarsi/scontrarsi con il mondo producendo un profondo senso di paura e di inadeguatezza, che viene compensato con modalità relazionali e cognitive all'apparenza facili, ma conferma per loro della propria impotenza. La pelle psichica, troppo sottile, che non è in grado di filtrare adeguatamente le esperienze esterne, impedisce lo sviluppo della capacità di discernere e riconoscere, con il risultato che i ragazzi si trovano ad affrontare una frammentazione del Sé. Costruirsi un'identità non può prescindere dal riconoscimento dei propri confini.

Invasi da stimoli che il nostro mondo interno non riconosce, esposti ad un mondo difficile da comprendere nelle sue logiche (Perché in ambito affettivo siamo passasti dal dono allo scambio che è invece tipico del mondo economico? Perché riempiamo i ragazzi di informazioni teoriche senza dargli la possibilità di cercare nella realtà le loro risposte?), senza un confine che li contenga e, di conseguenza senza la possibilità di 'tenere dentro' ciò che gli serve, le nuove generazioni disorientate e molto più profonde delle precedenti, sono portatrici sane di un disagio come mai si è visto. La loro 'rivoluzione silenziosa' è attiva attraverso la rinuncia, il rifiuto totale di appartenere a qualcosa che non comprendono. Non è solo una questione di vulnerabilità psicologica: la pelle psichica è anche un elemento che riguarda la relazione con gli altri. Quando il contenitore emotivo di un giovane è in frantumi, egli non riesce a sperimentare il mondo in modo congruente con il proprio sentire.

La relazione educativa e terapeutica, quindi, deve partire dal riconoscimento di questa sensibilità e da un'azione consapevole per riparare e proteggere la pelle psichica. Senza di essa, i ragazzi non potranno mai costruire una relazione autentica con sé stessi e, di conseguenza, con gli altri, né potranno sviluppare una identità solida.

In questo contesto, la figura adulta gioca un ruolo fondamentale. L'adulto deve essere in grado di offrire contenimento e protezione, ma anche di fornire ai ragazzi gli strumenti per riconoscere e rispettare i propri con-

fini. Un adulto che non ha a sua volta una pelle psichica sufficientemente solida rischia di trasmettere ai giovani una visione distorta della realtà e delle relazioni. La relazione educativa, quindi, non può essere anaffettiva o distante, come talvolta suggeriscono i modelli tradizionali, ma deve essere intrinsecamente calorosa, empatica e fortemente relazionale. Si deve costruire un'alleanza tra l'adulto e la parte sana del minore; un'alleanza reale.

La crescente diffusione della tecnologia nella vita quotidiana ha poi rappresentato, senza dubbio, un'opportunità per l'accesso alla conoscenza, alla connessione e alla comunicazione. Tuttavia, l'impatto sull'equilibrio psichico e relazionale dei giovani è stato radicale e, in molti casi, destabilizzante. L'abuso degli ambienti digitali ha prodotto una sorta di "dissociazione sensoriale", nella quale la conoscenza non passa più attraverso il corpo e l'esperienza concreta, ma è mediata da dispositivi, schermi, e contenuti iperfiltrati.

Nel contesto educativo, questo ha generato una frattura significativa. Per oltre un secolo, la scuola ha funzionato secondo un paradigma trasmissivo, privilegiando la teoria a discapito della pratica. Mentre questo modello poteva essere funzionale in un'epoca in cui l'accesso al sapere era limitato, oggi risulta ampiamente disfunzionale. I giovani si trovano immersi in un mare di informazioni, ma senza coordinate esperienziali, senza la possibilità di trasformare il sapere in sapere incarnato, ovvero vissuto, integrato e quindi utile allo sviluppo del Sé.

I disturbi del neuro-sviluppo, come dislessia, discalculia, disturbi dell'attenzione e iperattività (ADHD), così come i fenomeni emergenti di ritiro sociale (Hikikomori), sembrano trovare una base in questo cortocircuito. Il cervello ha bisogno di esperienza per sviluppare connessioni sinaptiche. Manfred Spitzer, neurologo tedesco, già anni fa ci metteva in guardia nel sostituire le funzioni cognitive con la tecnologia. Spitzer fornisce un grafico (visibile) che ci mostra come l'utilizzo degli strumenti tecnologici si sostituisca alle nostre funzioni naturali e come questo impedisca la normale costruzione di connessioni sinaptiche. Gli elementi allarmanti sono molteplici. Per il neurologo noi andiamo incontro alla 'demenza digitale' cioè un declino delle nostre facoltà con il passare degli anni, e soprattutto proporzionale all'età in cui abbiamo permesso alla tecnologia di sostituirci. Ma a mio avviso forse l'elemento ancora più allarmante è che nel grafico sono riportati esattamente tutti i disturbi e sintomi di questo tempo e la mancanza di esperienze sensoriali e fisiche porta ad una drammatica identificazione con lo strumento tecnologico, che diventa prolungamento di sé, impedendo, di nuovo, ai minori una buona cono-

scenza di sé e delle proprie potenzialità, portandoli ad una percezione di sé come incompleti, vulnerabili e dipendenti. Ma non si tratta solo di neuroplasticità compromessa. La dimensione relazionale è ugualmente colpita. Il contatto umano è ridotto al minimo, compromettendo il sano allenamento per sviluppare intelligenza emotiva, empatia e regolazione affettiva. L'online permette un tipo di comunicazione filtrata, apparentemente protetta, apparentemente meno rischiosa, e molto meno autentica. Entrare in relazione prevalentemente escludendo il corpo è estremamente rischioso: ci conosciamo tramite i sensi, capiamo l'altro attraverso lo sguardo, la postura, il tono della voce... persino attraverso l'olfatto.

Tutto questo viene a mancare nella relazione digitale, e ciò che resta è un'identità digitale che troppo spesso diventa performativa, ideale, falsata. L'identificazione con i modelli proposti dai social media aggrava ulteriormente la fragilità dei giovani. I contenuti proposti sono idealizzati, manipolati, e portano alla costruzione di aspettative irrealistiche su sé stessi e sul mondo. Questo produce un effetto a cascata: bassa autostima, senso di inadeguatezza, comparazione tossica, insicurezza, ansia sociale. Il bisogno di riconoscimento e appartenenza viene strumentalizzato da algoritmi che spingono verso il consumo di contenuti e identità fittizie. Così, i giovani finiscono per cercare la propria pelle nei luoghi sbagliati: in like, follower, e filtri.

In parallelo, l'istituzione scolastica – ancora improntata su modelli lineari e uniformanti – non riesce a rispondere alle esigenze attuali di flessibilità, creatività, contatto e sostanza.

Il mondo dell'educazione, che noi sappiamo essere potente strumento di prevenzione, fatica a proporsi come spazio della relazione, dell'esperienza e della trasformazione evolutiva, restando incastrato in modalità incentrate sul trasferimento di informazioni e del controllo.

Il risultato è una proposta sempre più distante dai bisogni reali ed attuali delle nuove generazioni, e viene percepita dai minori come una realtà "altra", incapace di parlare il loro linguaggio e di rispondere ai loro bisogni più autentici. Questo genera un senso di estraneità con la realtà e con l'adulto che viene percepito come sordo ai bisogni individuali. I minori vivono pertanto uno stato di emergenza e la necessità di proteggersi che si traduce spesso nel tenere la distanza dalla realtà e dall'allenamento alla decodifica degli stimoli sensoriali. Il corpo viene dimenticato, perché tramite tra il loro mondo interno ed un mondo che li spaventa. Ma senza la percezione dei confini, si trovano esposti e in difficoltà nella costruzione dell'identità. Non è un caso che molti minori cerchino di 'sentirsi'

attraverso il dolore fisico, in un disperato tentativo di confermare la propria esistenza. Tutto ciò porta inevitabilmente all'insorgere di comportamenti disfunzionali – comprese le dipendenze, non solo da sostanze, ma anche da comportamenti, come strategia adattiva ad un ambiente disconnesso dal sentire umano.

È dopo anni di riflessioni sulle difficoltà di comunicazione tra le generazioni e sulla sensazione che i minori stiano manifestando con la loro sofferenza un cambio generazionale inascoltato, che nasce il Metodo Artademia, un approccio pedagogico-terapeutico che si propone di prevenire il disagio minorile introducendo un nuovo sguardo ed una lettura diversa delle loro caratteristiche ed esigenze: la perdita di contatto con il corpo, con la realtà sensoriale e con le relazioni autentiche è la base su cui si costruisce una risposta. Fondato oltre vent'anni fa, il Metodo Artademia è il risultato di un lungo lavoro clinico, educativo e relazionale condotto sul campo, all'interno di comunità terapeutiche, scuole, enti pubblici e privati.

La proposta parte da una visione dell'essere umano come corpo, psiche, emozioni e relazioni ed inserito in un campo energetico e simbolico che non può essere preso in carico parzialmente.

Il primo obiettivo è avere uno sguardo sui minori che permetta di cogliere le caratteristiche della pelle psichica e di accompagnare alla riparazione o maturazione delle aree troppo sottili, troppo spesse o lacerate. Il lavoro sulla pelle psichica permette il riconoscimento del confine individuale che consente di abitare il proprio Sé, distinguere ciò che è interno da ciò che è esterno, riconoscere l'altro senza annullarsi o dissolversi.

Per fare questo, il Metodo Artademia pone due pilastri centrali:

Pelle e confini

La pelle psichica, come abbiamo visto, è ciò che protegge, contiene, filtra. Ma per essere efficace, ha bisogno di essere riconosciuta, allenata, rispettata. Il metodo propone un approccio sempre esperienziale, corporeo, sensoriale e relazionale che coinvolga direttamente il minore, restituendogli il senso dell'esperienza incarnata. Questo lavoro sui confini non è teorico: è fatto di contatto, contatto con gli elementi naturali, movimento, narrazione, silenzio, ascolto.

In questo ha un ruolo centrale l'accompagnamento al recupero della percezione sensoriale. In un mondo in cui le educatrici al nido utilizzano guanti di lattice per toccare i bambini, il recupero del contatto prende un ruolo fondamentale, sia come contatto fisico, sia in senso allargato nell'allenamento al confine spazio-

temporale e di ruolo.

La ripresa, per esempio, del contatto con gli elementi naturali permette una profonda stimolazione del confine pelle, che si riflette in modo significativo sul confine 'pelle psichica'.

La costruzione dei propri confini non può prescindere però dalla presenza di adulti centrati, presenti, in grado di entrare profondamente in relazione e di mostrare così, in modo esperienziale e non a parole, la strada da percorrere. Serve un adulto che non si nasconde dietro un ruolo che è distanza, ma che si espone in maniera autentica, mantenendo saldi i propri confini.

È il contenitore affettivo, la "base sicura" da cui il giovane può partire per esplorare e sperimentare.

Il campo

Il secondo pilastro tanto scontato, quanto trascurato è la percezione del campo. Ogni essere umano non è solo un corpo fisico, ma emette e riceve informazioni attraverso un campo energetico, relazionale, simbolico e vibrazionale. Le neuroscienze, la fisica quantistica, la psicologia sistemica stanno progressivamente confermando ciò che le antiche filosofie hanno sempre sostenuto: che siamo in relazione costante e profonda, anche al di là dei gesti e delle parole.

Il Metodo Artademia accompagna ad uno studio ed alla consapevolezza dell'esistenza del proprio campo, imparando a riconoscere cosa contiene in ogni situazione; imparando a lavorare su di sé perché questo divenga uno spazio accogliente, capace di contenere e di comunicare, senza invadere e senza essere invasi, ancora prima di utilizzare le parole.

Il lavoro attraverso il campo è spesso invisibile ma potentissimo: è il modo in cui entriamo in relazione, con il corpo, con lo sguardo, con l'intenzione, con la presenza silenziosa e parla una lingua universale, archetipica, che chiunque sa comprendere. Conoscere profondamente il funzionamento del Campo ci permette di lasciare leggere impronte nel Campo altrui, che lavoreranno e germoglieranno anche senza la nostra costante presenza.

Un adulto capace di gestire il proprio campo sottile, riesce a contattare il campo dell'altro e, quando serve, ad intervenire.

Il Metodo Artademia non è una teoria astratta. Oggi è attivo in due scuole pilota a Milano e provincia – la "Lorenzo de' Medici" (secondaria di secondo grado) e la "Quintiliano" (primaria e secondaria di primo grado) – dove è stato strutturato un ambiente educativo coerente con i suoi principi. Inoltre, è stato recentemente attivato un corso post diploma dedicato alla formazio-

ne sul metodo, e diversi progetti ispirati al metodo, come quello nato a Mantova presso la Mantua Farm, dove l'integrazione tra natura, cura e relazione si traduce in percorsi educativi trasformativi.

Il cuore del metodo è la conoscenza e l'ascolto consapevole delle caratteristiche e dei nuovi bisogni evolutivi. È la proposta di una relazione che è sempre autentica, profonda, vissuta. È l'accompagnamento silenzioso alle migliaia di opportunità esperienziali ed a riappropriarsi dei sogni!

I risultati sono stati sorprendenti: su una media di 100/150 minori seguiti all'anno, l'abbandono scolastico si è ridotto del 90% (e sappiamo quanto l'abbandono scolastico abbia un effetto a cascata sulla biografia di ognuno, portando mancanza di autostima, percezione di sé come incapace e, addirittura alcune statistiche ci dicono, ad un abbassamento della durata e qualità della vita), l'utilizzo della tecnologia è rimasto in un solo caso in una dinamica di dipendenza, l'interesse per la formazione e la cultura si è risvegliato in più della metà dei ragazzi. L'autostima è migliorata in modo significativo nella quasi totalità dei casi; quelle che erano le fragilità individuali nella maggior parte dei casi si sono trasformate in talenti. L'ansia e i gesti autolesionistici sono spesso totalmente scomparsi. La qualità della vita dei minori e delle famiglie è significativamente trasformata in positivo...e la cosa incredibile è che anche la qualità della vita degli educatori, terapeuti e docenti che hanno applicato il metodo Artademia, ha avuto un riscontro estremamente positivo.

Il Metodo Artademia è stato applicato dal 2011 in numerosi contesti educativi e terapeutici, inclusi:

- Scuole secondarie di primo e secondo grado
- Centri di supporto familiare
- Progetti per NEET, drop-out scolastici, e minori a rischio
- Incontri genitori-figli, supervisioni educative e percorsi esperienziali

Il futuro della prevenzione non è una strategia top-down ma un processo di ricostruzione del patto educativo tra generazioni. I giovani non chiedono soluzioni, ma presenza, ascolto, coerenza e profondità. Il lavoro educativo oggi è un lavoro di cura dell'umano, in tutte le sue fragilità e potenzialità. Con il metodo Artademia la prevenzione della dipendenza, così come dei disturbi delle nuove generazioni, passa innanzitutto da una trasformazione radicale dell'approccio degli adulti.

Il metodo propone una trasformazione della lettura dei loro bisogni e delle modalità di approccio ed intervento totalmente rinnovate, sulla base di un maggior e più consapevole bisogno di recupero di gesti e modalità necessarie per accompagnarli nel futuro.

Nel 2024 dai dati, forniti da un lavoro di ricerca in

ambito universitario, confermano che il metodo Artademia:

- Crea un ambiente relazionale centrato sul minore
- Favorisce l'alleanza educativa
- Mantiene la promessa di maggiore serenità e benessere degli studenti e delle famiglie.

Se oggi assistiamo a un'esplosione di fragilità nei giovani, non possiamo limitarci a leggere il fenomeno come un'emergenza adolescenziale. Si tratta piuttosto di un fallimento adulto, di una disconnessione collettiva che ha reso i più giovani sentinelle inconsapevoli di un disagio più profondo. I bambini e gli adolescenti portano nella loro pelle sottile una verità che gli adulti spesso non vogliono vedere: non sono loro a essere malati, ma è il sistema relazionale, educativo e sociale che è divenuto inadatto alla vita.

In questo scenario, la vera urgenza non è "aggiustare" i ragazzi, ma formare una nuova adultità. Un adulto capace di stare, di contenere, di sostenere senza invadere. Un adulto in grado di abitare la propria pelle psichica e di rendersi campo fertile per la crescita dell'altro. Perché la pelle dei ragazzi può essere riparata, ma non in solitudine. Ha bisogno di un'altra pelle, di un contenitore, di mani invisibili che sappiano tenere senza stringere, guidare senza forzare, ascoltare senza giudicare.

Questa è l'essenza dell'educazione relazionale profonda su cui si fonda il Metodo Artademia: un'educazione che non punta al controllo del comportamento (che non significa non avere regole e confini!), ma alla trasformazione del contesto; che non si accontenta di trasmettere saperi, ma vuole ricostruire legami; che non si limita a prevenire il disagio, ma coltiva la bellezza dell'integrità interiore.

Il campo, in questo senso, diventa l'ambiente invisibile ma potentissimo in cui tutto accade.

La relazione ha bisogno di autenticità. Per anni ho pensato che la relazione profonda potesse scattare o non scattare, indipendentemente da noi, ma ho dovuto ricredermi. Esistono modalità per entrare in relazione autentica anche quando questa non scatta in automatico, (e non si costruisce con le parole, di cui i ragazzi sono stati riempiti a dismisura al punto da proteggersi costantemente con cuffie, musica alta, rumore...) ma attraverso vibrazioni, intenzioni, sguardi, silenzi.

Se l'adulto c'è, il minore lo sente. Se è assente, lo sente ancora di più. Ecco perché il lavoro più profondo che il metodo Artademia propone è sempre sull'adulto. Perché non possiamo accompagnare nessuno dove noi non siamo mai stati.

In una cultura che tende a patologizzare e a burocratizzare, il metodo Artademia propone una terza via: quella della relazione autentica, della presenza consa-

pevole, del corpo come strumento fondamentale per il contatto con la realtà, dei sensi per il linguaggio archetipico che parla al mondo interno, e della cura della pelle come atto creativo. I ragazzi non hanno bisogno di protocolli, ma di persone. Non di sorveglianza, ma di alleanza. Non di schermi, ma di sguardi. Il Metodo Artademia non si rivolge solo alla scuola, ma è un approccio trasversale, che può essere applicato in comunità, famiglie, servizi sociali, ambiti educativi e terapeutici, ma la scuola rimane sicuramente il luogo privilegiato della prevenzione. Sappiamo che l'abbandono scolastico è una base estremamente fertile per la devianza ed in questo momento in Italia abbiamo percentuali di abbandono scolastico drammatiche, a partire già dalla scuola primaria.

Dobbiamo trasformare le scuole in luoghi dove si sta bene, dove ci si sente visti.

Fare prevenzione può quindi significare fornire agli adulti coinvolti un nuovo metodo di lettura dei comportamenti e delle caratteristiche dei minori e nuovi strumenti di intervento. Strumenti così naturali, che abbiamo davvero solo bisogno di riscoprirli.

Ovunque ci sia una relazione educativa o di cura, può entrare in gioco una modalità nuova: non solo educativa, ma trasformativa, capace di sanare ciò che si è lacerato.

Cambiare il paradigma educativo, può ridurre in modo esponenziale le difficoltà dei minori ed il rischio di patologia.

L'obiettivo è portare il metodo in tutti i luoghi educativi e di cura, informando e formando gli adulti perché, con il loro sguardo rinnovato, possano traghettare gli adolescenti verso un futuro migliore!

9.4

ASST OVEST- MI: PROGETTI DI PREVENZIONE ANCOR PIÙ PRECOCE RIVOLTA AI FIGLI DEI PAZIENTI DEL DSMD. FORMAZIONE AL METODO LTC (LET'S TALK ABOUT CHILDREN)

Roncoletta K.*[1], Bielli G.[1], Durante M.[1], Barbara M.[2]

[1]ASST Ovest MI Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ~ Legnano (MI) ~ Italy, [2]Scuola di Specializzazione Studi Cognitivi Milano ~ Legnano (MI) ~ Italy

Facendo seguito all'articolo pubblicato su Mission (1) e all'abstract illustrato al Congresso di FederSerD Roma 2024, presentiamo un nuovo progetto rivolto ai pazienti del DSMD, genitori di figli minori. In linea con l'esigenza di una prevenzione più precoce ed evidence-based, il personale è stato formato al metodo LTC.

Il progetto sperimentale partito nel 2020, per i particolari del quale rimandiamo all'articolo su citato, consisteva nell'offrire consulenza ai figli adulti dei pazienti in carico presso il NOA legnanese (Nucleo Operativo Alcologia) dell'ASST. Negli anni, le consulenze sono andate via via moltiplicandosi e hanno permesso anche la creazione di un gruppo psico-educativo di soli figli a cadenza quindicinale. Dopo esattamente 5 anni, i risultati raccolti in termini preventivi hanno portato il servizio a rendere tale progetto una realtà stabile, un'offerta concreta unica e continuativa. Le consulenze ai figli sono diventate parte integrante dei percorsi di cura che il servizio NOA offre.

L'impegno dell'ASST Ovest Milanese in termini di prevenzione rivolta ai figli dei pazienti di tutto il DSMD è proseguito introducendo il metodo LTC, Let's Talk about Children, che segue un approccio strutturato, evidence-based, volto a promuovere il benessere e la salute mentale dei bambini. LTC è inoltre atto a prevenire la trasmissione intergenerazionale della psicopatologia genitoriale. Il primo step, descritto qui di seguito, è stato quello della formazione del personale, avvenuta nel 2024 e 2025. Diverse figure professionali hanno

preso parte agli incontri formativi sia teorici che pratici, oltre che alla supervisione dei primi casi.

Letteratura scientifica

In tutta Europa è cresciuta l'attenzione verso la salute mentale dei giovani, soprattutto verso quei minori che vivono in famiglie in cui un genitore soffre di una patologia mentale e/o Dipendenza. Dalle numerose ricerche risulta chiaro come la patologia mentale del genitore incida sulla salute mentale dei figli, soprattutto nei casi in cui è assente un adeguato supporto psicologico e non vengano offerte alle minori spiegazioni chiare, scientifiche e differenziate a seconda dell'età. A sostegno di ciò cito gli studi decennali del Dr. Alan Cooklin, psichiatra inglese fondatore dell'Institute of Family Therapy. (2)

Se in passato, la maggior presenza di famiglie allargate conviventi o vicine, agevolava l'aiuto e il sostegno al singolo, oggi sappiamo quanto questo sia raro anche in Italia. I figli si trovano spesso a dover dare supporto emotivo al genitore malato, a quello non malato che si vive solo, a dare un aiuto concreto limitando il proprio tempo e la socialità (non si invitano gli amici a casa, non si esce perché occorre controllare quello che succede al domicilio, si rimane per curare i fratellini, si sta ad attendere l'ambulanza nei casi di crisi). I giovani figli si ritrovano ad essere investiti del ruolo di care givers*, non direttamente voluto ma ricoperto da alcuni fin dalla tenera età, quando hanno iniziato a comprendere che il genitore talvolta non sta bene e necessita di aiuto. Sono sempre i figli che chiamano i parenti o i curanti per comunicare il problema, sono loro a comprendere i segni prodromici di una crisi e a chiedere aiuto. Talvolta sono i bambini a casa a controllare che il genitore assuma la terapia, ad essere il supporto emotivo del genitore o ad occuparsi di mettere in sicurezza i fratellini in caso di aggressività manifesta. I figli vivono con apprensione la patologia del genitore sia per i sintomi positivi (deliri, allucinazioni, ricadute, potus attivo) che per quelli negativi (abulia, diminuzione dell'espressione delle emozioni). Vi sono, infine, le difficoltà legate al distacco per ricoveri d'urgenza o per lungo-degenze necessarie al genitore, situazioni che lasciano i figli nell'incertezza e nei dubbi riguardo alla cura di sé.

Nel tentativo illusorio di tenere i figli lontano dalla sofferenza, non gli si dice nulla della patologia del genitore, con la conseguenza che i figli la vivono senza alcuna spiegazione, senza informazioni sanitarie corrette e sperimentando la paura e l'impotenza, ripetute volte. I figli, d'altro canto, necessitano di spiegazioni e spesso le cercano in autonomia, rischiando in questo modo di aggiungere sofferenza a sofferenza. Questi

sono alcuni dei pensieri che i figli fanno sulla malattia del proprio genitore: “sarà colpa mia”, “papà urla perché non sono il figlio che voleva”, “ho sbagliato a parlare”, “era meglio rimanere fuori casa”, etc.

Da una revisione sistematica di 41 studi (3) su figli le cui madri soffrono di una patologia psichiatrica si evidenzia che la depressione materna aumenta il rischio di lesioni, asma e malnutrizione nei figli. Lo stress genitoriale ha un impatto di indebolimento della risposta immunitaria dei figli e, in generale, una salute mentale fragile della madre è associata, in gravidanza, ad una scarsa crescita del feto. Grazie agli studi condotti da Alan Stein dell'Università di Oxford, sappiamo che la patologia mentale del genitore ha un impatto negativo sugli aspetti fisici, cognitivi, sociali, comportamentali e sullo sviluppo emotivo del figlio. Lo stesso prof. Stein afferma che nonostante negli ultimi quarant'anni sia aumentata la consapevolezza dei rischi per lo sviluppo dei figli di genitori con disturbi psichiatrici, le misure di sostegno rimangono insufficienti (4).

Avere genitori con disturbi della salute mentale aumenta il rischio di sviluppare problemi sociali e comportamentali in adolescenza. La malattia mentale dei genitori si configura, infatti, come una delle 10 più potenti fonti di stress nei giovani. Tutto ciò può portare allo sviluppo di ansia e sentimenti di colpa derivanti da un senso di responsabilità, oppure all'instaurarsi di un'inversione di ruoli in cui il figlio si trova a dover badare al genitore (5).

È proprio il Dr. Alan Cooklin ad attivare uno dei primi programmi che affrontano i bisogni specifici dei figli di genitori con malattie mentali, denominato “Kidtime”. I genitori partecipanti al programma e agli incontri di gruppo si sono sentiti più sollevati dopo aver parlato dei loro problemi di salute mentale ai figli (2).

Oltre all'analisi effettuata della letteratura scientifica, abbiamo potuto attingere alle esperienze dirette delle nostre consulenze rivolte ai figli maggiorenni dei pazienti del Nucleo Operativo Alcolologia di Legnano, attuate nel corso degli ultimi 5 anni.

Le richieste dei figli di pazienti con Disturbo da uso di Alcol

Da un'attenta analisi dei contenuti riportati durante le consulenze ai figli presso il NOA, abbiamo estrapolato e riassunto le richieste da loro direttamente fatte. Essi chiedono:

- Il riconoscimento del loro ruolo di care givers
- Che gli operatori della Salute Mentale e Dipendenze spieghino loro in modo chiaro la patologia del genitore e il possibile decorso
- Indicazioni comprensibili di cosa fare in caso di crisi acuta

- Di essere ascoltati affinché possano raccontare cosa vedono direttamente a casa e quali associazioni causali fanno

- Un supporto psicologico perché si sentono emotivamente su montagne russe a causa dei cambi improvvisi dello stato di salute del genitore, o per le ricadute, che creano panico e forte paura. Hanno bisogno che il loro sentire e le loro emozioni vengano validate

- Che vengano accolte anche le loro emozioni negative, soprattutto rabbia e risentimento di fronte ad episodi che accadono in tempi e luoghi inopportuni

- Un clima di fiducia e sincerità con i terapeuti, laddove in famiglia spesso la menzogna diventa la normalità destabilizzando i rapporti

- Che l'aiuto ai figli arrivi il più precocemente possibile.

Nonostante questi ragazzi riferiscano che ad oggi stanno affrontando la patologia del genitore in un modo più funzionale, è migliorato il loro assetto emotivo e riescono a prevenire gli agiti impulsivi, riferiscono che avrebbero voluto un aiuto più precoce, durante la loro infanzia e adolescenza, quando gli strumenti in loro possesso per comprendere la patologia del genitore erano insufficienti e inadeguati.

Di fronte a tutto ciò il DSMD ha impostato il progetto di prevenzione orientato ai pazienti genitori di figli minorenni attraverso il metodo LTC.

Formazione LTC: il metodo

L'ASST – Ovest MI ha deciso di aderire per il biennio 2024/2025 al progetto LTC per potenziare la prevenzione rivolta ai figli, ampliando il raggio d'azione a tutti i pazienti del DSMD con figli minori (0 – 18 anni). Il metodo LTC ha origine in Finlandia e il suo uso si sta espandendo, grazie alla sua efficacia e all'interesse dell'Unione Europea nell'ambito della call EU4Health. Il progetto è finanziato in 9 nazioni, tra cui l'Italia.

In merito, l'Associazione Contatto APS e il DSMD dell'ASST Ospedale Niguarda hanno da diversi anni, iniziato ad utilizzare LTC quale intervento di valore preventivo per contenere il rischio di manifestazioni psicopatologiche nei figli di persone affette da disturbo psichico (6,7,8). Si tratta di un metodo psicoeducativo, evidence-based che fornisce supporto ai figli di pazienti in carico nei servizi del DSMD (CPS, SERD, NOA, NPI) con il principale scopo di prevenire l'esordio di psicopatologie ed evitare l'imitazione dei modelli familiari che conducono alle dipendenze, o alla disfunzionale gestione di emozioni negative, in primo luogo la rabbia.

L'ASST Ovest-MI, in particolare la SSD Psicologia Clinica in accordo con il DSMD, ha quindi deciso di accogliere la proposta formativa con capofila l'Ospedale Niguarda

per gli operatori interessati.

La formazione nel 2024 ha visto coinvolti 4 CPS, 1 NOA e 1 SerD, e nello specifico 7 psicologi, 5 assistenti sociali, 4 educatori e 2 infermieri. Da settembre 2025 tale formazione è estesa a 2 NPI, 2 SPDC, 1 CPS e 1 NOA, ovvero 3 psicologi, 4 educatori, 3 infermieri e 2 assistenti sociali.

I 18 operatori coinvolti nel corso del primo anno di formazione si sono suddivisi in tre piccoli gruppi ed hanno partecipato a tre incontri di 6 ore ciascuno. Il training sul metodo psicoeducativo LTC ha compreso la trattazione delle basi teoriche su cui poggia l'intervento, la descrizione del processo, la supervisione di casi e l'implementazione del metodo presso il Servizio in cui lavorano.

Ciascun operatore ha portato in supervisione almeno due casi completati. Sin dal primo incontro formativo è stato distribuito lo strumento operativo principe del metodo, il Logbook, che gli operatori hanno potuto utilizzare con i pazienti genitori (sia singolarmente che in coppia) in carico ai Servizi. La proposta formativa è stata una preziosa occasione per iniziare a sviluppare un approccio comune all'interno dei servizi per la salute mentale volto al tentativo di interrompere il passaggio transgenerazionale della psicopatologia genitoriale, ma soprattutto volto ad una vera rivoluzione di approccio, dove i figli vengono visti e considerati.

L'attuazione del metodo LTC prevede un totale di quattro incontri con il paziente genitore e possibilmente con il/la partner suddivisi in due sessioni di discussione. Seguendo lo schema dettagliato del logbook, gli argomenti trattati ruotano attorno alla vita quotidiana del figlio poiché le interazioni, gli incontri e le routine giornaliere sono importanti per i bambini e per il loro benessere. Vengono seguiti i punti standardizzati del Logbook, diverso per fascia d'età del figlio (0-1 anni, 1-5, 5 - 12, 12- 18) al fine di portare l'attenzione ai punti di forza e alle vulnerabilità del minore.

Il paziente ha così la possibilità di essere visto e supportato anche nel suo ruolo genitoriale.

La seconda parte invece prevede l'elaborazione di due piani d'azione e la loro realizzazione, al fine di potenziare le risorse del figlio e migliorare le eventuali vulnerabilità individuate insieme ai genitori. Per fare ciò il metodo prevede di utilizzare una strategia comune basata su un rapporto più empatico genitori-figli. L'attenzione, rispetto ai colloqui classici con il paziente, si sposta al suo ruolo genitoriale e all'attenzione verso il mondo dei figli minori.

Se necessario, per realizzare tale piano, viene programmato un incontro di rete, il cosiddetto "Network Meeting" con altre figure di riferimento che il paziente

genitore ritiene utile coinvolgere ad esempio un'insegnante, l'AS del Comune o un allenatore.

Il programma prevede che vengano consegnati ai genitori anche due allegati:

1. Comprensione reciproca e collaborazione nella famiglia
2. Parlare di questioni difficili con i propri figli

In aggiunta, un opuscolo dal titolo: Come posso aiutare i miei figli?

Questo materiale cartaceo ha lo scopo di facilitare la comunicazione intergenerazionale, offrendo parole semplici come spunto. La finalità è quella di sostenere il raggiungimento di una comprensione condivisa, sottolineando quanto sia importante il benessere di tutti i membri della famiglia, figli inclusi e permette di dare un senso a ciò che sta accadendo a causa della patologia psichica.

LTC considera fondamentale come elemento preventivo una comunicazione aperta e costruttiva che garantisca una comprensione reciproca: i genitori comprendono le esperienze e i sentimenti dei loro figli, e allo stesso modo, i minori comprendono il comportamento e le azioni dei loro genitori in quella determinata situazione. Capirsi a vicenda crea un sentimento di connessione e appartenenza alla famiglia e pone le basi per una collaborazione attiva tra i membri, che si costituisce come risorsa principe per la gestione della quotidianità. L'importanza della comprensione reciproca si riscontra soprattutto in quei momenti in cui si verificano episodi critici, fonte di stress, come malattie fisiche gravi, problemi di salute mentale, uso di sostanze, problemi finanziari. Queste difficoltà possono influenzare negativamente il comportamento e la vita familiare dei genitori in un modo che rende i bambini spesso incerti, timorosi e insicuri. In questo contesto la comprensione reciproca e la collaborazione sono essenziali per la resilienza del nucleo familiare. Nell'ottica LTC, dunque, si ritiene che parlare di questioni difficili anche con i propri figli possa incrementare la comprensione tra i membri della famiglia e cercare soluzioni insieme diventi, nel migliore dei casi, una consuetudine della famiglia stessa. Ogni passo naturalmente è studiato per essere adeguato a ciascuna fascia d'età.

È bene, tuttavia, tenere sempre a mente che per quanto sia importante spiegare ai figli cosa sta succedendo in famiglia, i bambini non hanno bisogno di conoscere tutti i dettagli dei problemi degli adulti. Il figlio non deve diventare una valvola di sfogo del genitore, tantomeno uno pseudo-professionista a cui chiedere risposte che non sarà mai in grado di fornire. I bambini devono sentire che i familiari sono lì per loro, per aiu-

tarli a capire cosa sta succedendo. Per questo motivo è importante dare loro una spiegazione di ciò che hanno visto, sentito, pensato o temuto, chiarendo loro cosa si sta facendo e cosa si farà in futuro. Inoltre, si tengono seriamente in conto le possibili spiegazioni proposte dai figli, rimandando così al bambino un senso di efficacia e l'idea di non essere solo ma di far parte di una squadra.

I dati della formazione degli operatori del DSMD

Grafico 1. Operatori formati nel 2024

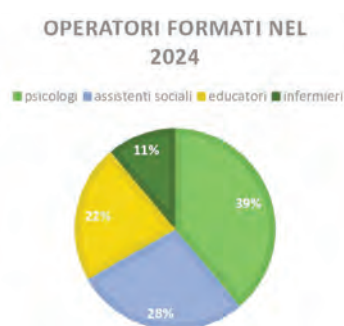


Grafico 2. Operatori in formazione nel 2025



Questi due anni sono cruciali per la formazione di cui sopra; lo step successivo sarà quello di offrire il metodo LTC a tutti i pazienti del Dipartimento con figli minori.

I casi seguiti quest'anno sono ancora numericamente troppo esigui per poter elaborare una statistica, ma ci proponiamo di poter presentare l'anno prossimo dati significativi.

Contemporaneamente alla formazione, sono state messe in atto due azioni pratiche utili in vista del successivo anno di attuazione del progetto:

1. la creazione di un volantino di presentazione del progetto in tutti i Servizi valutato ed approvato in DSMD
2. l'attuazione di una modifica sulla piattaforma GeDi, attualmente in uso, al fine di facilitare la raccolta dei dati riguardanti i pazienti con figli minori.

Conclusioni

L'obiettivo preventivo, certamente ambizioso, è quello di poter continuare ad offrire consulenze ai figli maggiorenni non solo di pazienti con Dipendenze Patologiche ma anche a coloro che sono in carico per altre patologie psichiche, e di poter proporre il progetto LTC a tutti i pazienti del DSMD genitori di minori, in modo da non trascurare alcuna fascia d'età dei figli in un serio progetto preventivo.

- I "giovani caregiver" sono bambini, adolescenti o giovani adulti che hanno la responsabilità di fornire supporto e/o assistenza a una persona a loro vicina. Possono supportare una persona cara che convive con una malattia, una disabilità, un problema di salute mentale o un problema di abuso di sostanze.

Tradotto da: <https://supportcaregiving.org/caregiving-youth-resource-guide>

Bibliografia e sitografia

- (1) Katia Roncoletta, Giovanna Bielli, Nevie Covini, Lorenza Paponetti (2024), Interventi di consulenza individuale e di gruppo per gli adulti di pazienti alcolisti. Un'esperienza clinica nell'ASST ovest Milanese, Mission 63-64 anno XVII – Marzo 2024
- (2) Alan Cooklin (2011), The Impact of Parental Mental Health on Children - Dott. Alan Cooklin". Youtube <https://www.youtube.com/watch?v=UnIzyimUcr0&t=524s>
- (3) Matthias Pierce, Holly F. Hope, Adekeye Kolade, Judith Gellatly, Cemre Su Osam, Reena Perchard (2020), Effects of parental mental illness on children's physical health: systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry.
- (4) Alan Stein professor of child and adolescent psychiatry University of Oxford Department of Psychiatry, Warneford Hospital (2003), The impact of parental psychiatric disorder on Children Avoiding stigma, improving care. Oxford OX3 7JX BMJ VOLUME 327
- (5) Henner Spierling, & Miguel Cárdenas Agaplesion (2023), KIDSTIME AND MINDFUL SCHOOLS: SOCIAL INTERVENTIONS FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS FROM FAMILIES AFFECTED BY PARENTAL MENTAL PROBLEMS. Psychological Applications and Trends 2023.
- (6) Tytti Solantaus, E Juulia Paavonen, Sini Toikka, Raija-Leena PunamäkiEur (2010), Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. Child Adolesc Psychiatry.
- (7) Lotta Allemand, Mika Niemelä, Marko Merikukka, Katariina Salmela-Aro, The "Let's Talk about Children"

intervention in a Finnish school context: fidelity, parents' experiences, and perceived benefits. *Front. Psychol.*, 09 June 2023 Sec. Educational Psychology Volume 14.

(8) Lingzi Xu, Zhi Sheng (2024), 'Let's Talk About Children' family focused practice for children of parents with schizophrenia and bipolar disorder: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* volume 24, Article number: 5.

SCREENING PER LE INFEZIONI DA HCV E HIV CON TEST RAPIDI NEL SERD DI CREMONA, PERCORSO DI RETE TRA TERRITORIO E UNITÀ OPERATIVE DELL'ASST DI CREMONA

Pinotti P. *

ASST di Cremona, Servizio Dipendenze ~ Cremona ~ Italy

Novembre 2024, il SerD di Cremona ha implementato un programma strutturato di screening rapido per HCV e HIV, integrato in un percorso di rete con le Unità Operative Ospedaliere garantendo così una presa in carico tempestiva dei soggetti positivi e promuovendo un modello di prevenzione universale.

Introduzione

Le infezioni da virus dell'epatite C (HCV) e da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) rappresentano ancora oggi una priorità assoluta per la salute pubblica a livello nazionale e internazionale.

Secondo i dati più recenti dell'organizzazione mondiale della sanità, circa 58 milioni di persone nel mondo vivono con infezione cronica da HCV e circa 38 milioni con infezione da HIV, con oltre 1,5 milioni di nuove infezioni annue per ciascun virus. In Italia, la prevalenza di HCV nella popolazione generale si stima intorno all'1-2%, ma tale valore aumenta significativamente tra le popolazioni vulnerabili, come i consumatori di sostanze per via iniettiva. Per l'HIV, nonostante una stabilizzazione dell'incidenza nazionale, oltre il 40% dei nuovi casi viene diagnosticato in stadio avanzato, evidenziando la necessità di strategie efficaci di diagnosi precoce.

Negli ultimi due decenni, la disponibilità di terapie altamente efficaci ha cambiato radicalmente il quadro clinico.

Per l'HCV, i farmaci antivirali ad azione diretta consentono di raggiungere la guarigione in oltre il 95% dei casi, riducendo drasticamente il rischio di cirrosi, insufficienza epatica e carcinoma epatocellulare. Per l'HIV, le terapie antiretrovirali altamente attive consentono di ottenere soppressione virale prolungata,

migliorando la qualità e l'aspettativa di vita e riducendo la trasmissibilità. Tuttavia, il fattore limitante rimane l'identificazione precoce dei soggetti infetti, che costituisce il primo passo verso l'accesso alle cure e la prevenzione della trasmissione.

I servizi per le dipendenze (SerD) rappresentano un contesto privilegiato per attività di screening e prevenzione universale. Gli utenti che vi afferiscono presentano una maggiore vulnerabilità biologica e sociale, inclusi consumo di sostanze iniettive e inalatorie, esposizione a comportamenti a rischio, condizioni socioeconomiche fragili e limitata continuità con i servizi sanitari tradizionali.

La letteratura internazionale evidenzia come la prevalenza di HCV e HIV in questa popolazione sia molto più alta rispetto alla media generale, con valori di infezione HCV che in alcuni contesti raggiungono il 50% tra i consumatori di sostanze per via iniettiva.

L'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda l'uso dei test rapidi nei contesti ad alta prevalenza e in popolazioni difficilmente raggiungibili dai servizi tradizionali. I test rapidi, grazie alla semplicità di utilizzo, alla non invasività e ai tempi di risposta immediati, permettono di abbattere le barriere diagnostiche e favorire una prevenzione universale, in grado di intercettare infezioni sommerse e offrire un accesso rapido ai trattamenti.

Obiettivi dello studio

L'esperienza del SerD di Cremona si pone obiettivi chiari e concreti:

1. Valutare la fattibilità operativa dello screening rapido HCV e HIV in un contesto SerD.
2. Misurare l'adesione degli utenti alla proposta di test, identificando fattori motivazionali e possibili barriere.
3. Verificare la temporalità della presa in carico dei soggetti positivi grazie al collegamento diretto con l'U.O Malattie Infettive.
4. Analizzare l'impatto educativo e comportamentale, con particolare riferimento al counselling pre e post test e all'empowerment degli utenti.
5. Definire strategie operative per estendere il modello di rete SerD - territorio - ospedale ad una buona percentuale di reparti ospedalieri, comunità terapeutiche e contesti territoriali, in coerenza con gli obiettivi di Fast-Track-Cities e di prevenzione universale.

Materiali e Metodi

I test rapidi utilizzati sono disponibili in versione salivare e capillare, con tempi di risposta di circa 20 minuti. La scelta dei test rapidi permette di ridurre le barriere all'accesso e aumentare l'aderenza, soprattutto in utenti con difficoltà logistiche o reticenze verso i test di laboratorio.

Ogni test è preceduto da un counselling pre-test, volto a spiegare l'importanza della diagnosi precoce, il significato del test, il percorso di follow up in caso di positività e le misure di prevenzione comportamentale. In caso di positività, viene garantito un counselling post-test e invio immediato all'U.O. Malattie Infettive dell'Asst di Cremona, per conferma diagnostica e avvio del trattamento.

La popolazione target comprende tutti gli utenti afferenti al SERD di Cremona, senza esclusioni per età, genere, sostanza consumata o trattamento in corso. Utenti di unità Ospedaliere come, ad esempio, Medicina Interna;

Sono stati raccolti dati sociodemografici, clinici e comportamentali, oltre al grado di accettazione del test e all'outcome diagnostico.

L'intero processo è stato realizzato nel rispetto delle normative etiche e della privacy, con consenso informato e anonimato dei dati.

Risultati

Tra novembre 2024 e agosto 2025 sono stati effettuati circa 350 test rapidi per HCV e HIV. L'adesione allo screening è stata molto buona dimostrando così l'importanza dello strumento rapido tra gli utenti del SERD e non solo.

Dallo screening sono emersi casi positivi sia per HIV e HCV tutti tempestivamente presi in carico grazie al collegamento diretto con l'U.O. Malattie Infettive dell'ASST DI Cremona, che ha garantito conferma diagnostica e avvio immediato del trattamento farmacologico. Questo approccio ha ridotto significativamente il rischio di perdita al follow-up e ha consolidato il concetto di rete integrata SerD – territorio – ospedale, fondamentale per una prevenzione universale efficace.

Il modello operativo ha consentito anche di integrare l'attività di screening con momenti di counselling ed educazione alla prevenzione, rafforzando l'empowerment degli utenti e promuovendo comportamenti a minor rischio.

Discussione

I dati raccolti dimostrano che lo screening rapido è fattibile, accettabile ed efficace in un contesto ad alta vulnerabilità. Il SerD si conferma un punto di accesso

strategico per intercettare infezioni misconosciute e facilitare l'accesso tempestivo alle cure.

Dal punto di vista clinico, la diagnosi precoce di HCV consente la somministrazione tempestiva farmacologica, prevenendo complicanze epatiche gravi. Per l'HIV l'avvio immediato alle cure migliora la prognosi, riduce la trasmissibilità e contribuisce al raggiungimento degli obiettivi di sanità pubblica.

L'esperienza conferma la validità del modello di rete SerD – Territorio – Ospedale, replicabile in altri contesti. La collaborazione con l'U.O. Malattie Infettive assicura un continuum assistenziale efficace, minimizzando l'impatto clinico.

Prospettive Future

L'obiettivo futuro è CONSOLIDARE la rete ospedale-territorio, estendendo lo screening a:

- Reparti ospedalieri a maggior rischio: Medicina Interna, Diabetologia, Pronto Soccorso, Pneumologia.
- Contesti territoriali: comunità terapeutiche, strutture di accoglienza, carceri.
- Unità mobili di screening per raggiungere popolazioni difficilmente accessibili.

L'esperienza del SerD di Cremona si inserisce nel programma internazionale Fast-Track-Cities, che promuove collaborazione tra amministrazioni locali, servizi sanitari e comunità per accelerare la risposta a HIV e HCV. La rete attivata rappresenta un modello di prevenzione universale, capace di garantire diagnosi precoce, presa in carico immediata e continuità assistenziale anche per le popolazioni più vulnerabili.

Questo approccio non solo riduce la disuguaglianza in salute, ma contribuisce al controllo epidemiologico degli obiettivi di salute pubblica nazionali e internazionali.

In particolare, il modello SerD – territorio – ospedale favorisce:

- la riduzione della trasmissibilità di HCV e HIV, attraverso interventi mirati e tempestivi.
- l'incremento della consapevolezza e del cambiamento comportamentale degli utenti, grazie al counselling e alle attività di educazione alla salute.
- l'integrazione dei servizi a livello territoriale e ospedaliero, riducendo la frammentazione assistenziale.
- La replicabilità del modello in altri contesti regionali o nazionali, fornendo una strategia efficace per il raggiungimento degli obiettivi di Fast Track Cities e dell'OMS per l'eliminazione dell'HCV e il contenimento dell'HIV entro il 2030.

Conclusioni

L'esperienza dello screening rapido per HCV e HIV presso il SerD di Cremona ha dimostrato:

- Elevata fattibilità e integrazione nella routine assistenziale
- Ottima accettabilità tra gli utenti, con adesione superiore al 90%
- Efficacia nella diagnosi precoce e nella presa in carico tempestiva dei casi positivi.

Il progetto rappresenta un chiaro esempio di prevenzione universale, in cui il SerD non è solo un servizio per le dipendenze, ma un attore fondamentale della sanità pubblica, capace di creare collegamenti solidi tra territorio e ospedale, promuovere la salute e ridurre la diffusione delle infezioni da HCV e HIV. La strategia attuata costituisce un modello replicabile, in linea con gli obiettivi di salute pubblica nazionale e internazionale, rafforzando la rete di protezione sanitaria e consolidando l'adesione della città di Cremona al movimento Fast-Track-Cities.

9.6

TAKE CARE / IN-TASCA LA TUA SALUTE

**Curcio F.*[1], Vallefucio E.[2], Arpaia P.[3],
Triassi M.[4]**

[1]ASL Napoli 1 Centro - Dipartimento Dipendenze - SerD.25 ~ Napoli ~ Italy, [2]DIPARTIMENTO DI INGEGNERIA ELETTRICA E TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE ~ Napoli ~ Italy, [3]Centro Interdipartimentale di Ricerca in Management Sanitario e Innovazione in Sanità (CIRMIS) ~ Napoli ~ Italy, [4]Dipartimento Universitario di Sanità Pubblica, Università Degli Studi Di Napoli "Federico II ~ Napoli ~ Italy

Progetto di tele-prevenzione attuato attraverso una piattaforma di comunicazione bidirezionale in grado di raccogliere indicatori soggettivi ed oggettivi dagli utilizzatori e proporre opportuni cambiamenti di stile di vita sartorializzati nella tasca dell'utente. Per elevate aderenze alle proposte preventive è previsto l'ottenimento di premialità.

La realizzazione e le criticità dei progetti di prevenzione sono molteplici, alcune delle quali riconducibili alle difficoltà nel reperire i finanziamenti necessari, in quanto anche i Decisori Politici più illuminati riscontrano poi difficoltà nel dimostrare l'efficacia degli interventi preventivi nell'arco dei mesi della propria legislatura. Inoltre, occorre evidenziare la notevole difficoltà nell'identificazione degli indicatori utili a misurare periodicamente l'efficienza e soprattutto l'efficacia dell'intervento. Il progetto in corso di realizzazione prototipale mira a risolvere i punti critici rilevati, oltre a rappresentare uno strumento moltiplicatore relativamente alle scarse risorse di personale ed economiche con cui la Sanità italiana (e non solo) deve scontrarsi; la misurabilità di efficacia, la scalabilità, l'equità e la duttilità dello strumento rappresentano i principali punti di forza del progetto.

In relazione all'uso problematico di sostanze o alle dipendenze, è certo che consumo di alcol, fumo (sigaretta, cannabis) e altre dipendenze, basso livello di istruzione, inattività fisica, e altri fattori di rischio (diabete, perdita uditiva, ipertensione, obesità, depressione, inquinamento atmosferico ed elevato colesterolo LDL) sono determinanti per lo sviluppo delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT).

Tale classe di patologie rappresenta oltre il 60% della

domanda di salute in Italia, stimato in circa 65 miliardi di euro all'anno, oltre a causare circa il 90% dei decessi in Unione Europea. Intervenire precocemente su comportamenti di vita modificabili, oltre che monitorare segni precoci di deterioramento psicosomatico, può ritardare l'insorgenza e rallentare la progressione delle MCNT. Il report 2024 della Lancet Commission on Dementia, in particolare, rafforza l'evidenza secondo cui i fattori di rischio, se affrontati lungo l'intero arco della vita, possono prevenire fino al 40% dei casi di demenza. Un intervento precoce e continuativo, anche tramite politiche pubbliche, è efficace nel ridurre l'incidenza delle MCNT.

La personalizzazione degli interventi è cruciale: ciascun individuo presenta un profilo unico di rischio e vulnerabilità. Ciò richiede strumenti flessibili e adattivi, capaci di profilare l'utente e fornire interventi su misura in tempo reale, sfruttando il monitoraggio multidimensionale. Un approccio integrato alla prevenzione richiede, dunque, strumenti di monitoraggio multidimensionale, che combinano misurazioni soggettive (questionari) con dati oggettivi, acquisiti soprattutto tramite sensoristica. L'attuale problema tecnologico risiede nell'assenza di una piattaforma personalizzata e proattiva per la prevenzione delle MCNT, in grado congiuntamente di: profilare il rischio individuale in modo dinamico e continuo; integrare dati soggettivi e oggettivi e fornire interventi preventivi adattivi attraverso un'interazione continuativa.

L'impiego di tecnologie digitali avanzate rappresenta uno strumento potenzialmente efficace nell'ambito dei processi di prevenzione e follow-up all'interno del sistema sanitario. Infatti, il 46% dei pazienti dichiara di apprezzare l'utilizzo di tali applicazioni in quanto contribuiscono ad aumentare la consapevolezza rispetto alla propria condizione clinica e allo stato di salute generale e il 42% dei pazienti le ritiene utili per il supporto nella corretta aderenza al piano terapeutico prescritto.

La proposta progettuale realizza una piattaforma digitale integrata per la tele-prevenzione delle MCNT, fondata su un approccio multimodale, predittivo e personalizzato, con l'obiettivo di promuovere attivamente comportamenti protettivi nella popolazione e identificare precocemente i fattori di rischio modificabili.

Elemento centrale della piattaforma è un assistente virtuale sanitario, progettato sulla base di modelli di linguaggio avanzati (Small Language Models SLM). L'assistente svolge funzioni chiave nell'ambito della telemedicina preventiva, fornendo supporto informativo, stimolazione cognitiva e micro-interventi digitali adattati al profilo dell'utente. Attraverso un'interazione proattiva e personalizzata, contribuisce a migliorare

l'ingaggio dell'utente e a rafforzarne l'aderenza ai percorsi di prevenzione e promozione della salute. Attraverso l'uso di modelli predittivi basati su intelligenza artificiale, i dati vengono analizzati e integrati in tempo reale per costruire e aggiornare un profilo di rischio personalizzato, su cui si basano gli interventi proposti. Il sistema non si limita al semplice monitoraggio, ma adotta una logica proattiva, offrendo interventi adattivi e personalizzati che mirano a modificare abitudini e stili di vita in chiave preventiva.

Obiettivi del progetto sono:

- favorire l'adozione di stili di vita protettivi (es. attività cognitiva, fisica, alimentazione, sonno) attraverso interventi personalizzati e feedback dinamici;
- integrare in modo sinergico dati soggettivi e oggettivi, per la costruzione di un modello dinamico del rischio;
- aumentare l'aderenza e l'engagement degli utenti tramite interazioni naturali e continue con l'assistente digitale vocale e testuale.

Obiettivi tecnologici del progetto

- Realizzare e validare una piattaforma digitale integrata per la prevenzione delle patologie croniche e neurodegenerative, che combini sensoristica wearable, modelli predittivi basati su AI e interazione tramite Assistente Virtuale conversazionale (SLM).
- Dimostrare, in un ambiente realistico e controllato, l'affidabilità, l'usabilità, la sicurezza e l'efficacia della piattaforma, misurando indicatori chiave (engagement utente, qualità dell'interazione, accuratezza predittiva, livello di rischio personalizzato, feedback comportamentali).
- Garantire la piena interoperabilità con sistemi e standard sanitari, la compliance normativa (GDPR, AI Act) e la sicurezza infrastrutturale (ISO/IEC 27001), in modo da rendere la soluzione pronta per una fase di deployment su larga scala.

I metodi individuati sono:

- approccio multidisciplinare e sistemico, che unisce biosensoristica, test cognitivi digitali e analisi comportamentale in una visione unificata del rischio;
- focalizzazione sulla prevenzione attiva, non solo rilevazione passiva ma attivazione comportamentale tramite micro-interventi digitali personalizzati;
- tecnologie conversazionali avanzate (SLM), con chatbot e assistente vocale in grado di personalizzare l'esperienza utente e rafforzare la relazione nel tempo;
- flessibilità tecnologica grazie all'integrazione con una vasta gamma di dispositivi wearable commerciali;
- adattamento dinamico continuo del piano di preven-

zione basato sull'evoluzione del rischio individuale. Tale architettura consente di superare le barriere attuali, fornendo uno strumento personalizzato, predittivo e partecipativo, capace di intercettare segnali precoci di deterioramento e di stimolare l'adozione di stili di vita salutari nella popolazione.

Figura 1. Indicatori

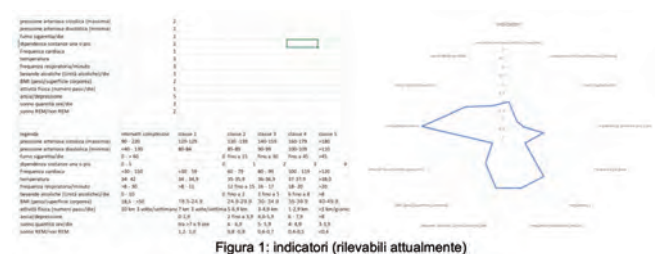
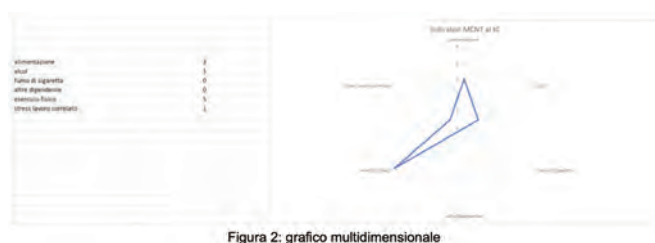
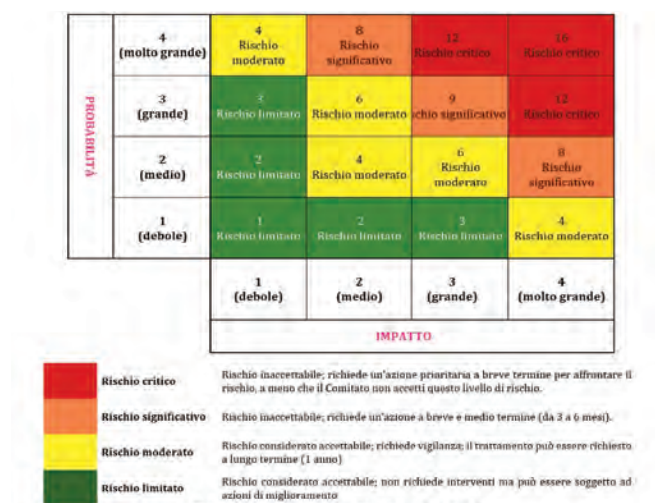


figura 2. Grafico multidimensionale



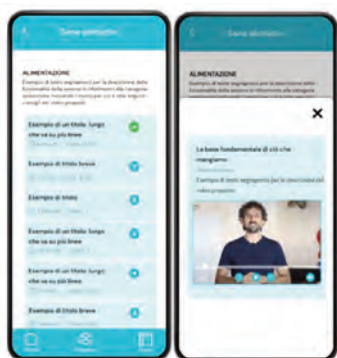
L'attività progettuale si inserisce nell'ambito della mobile health (mHealth), ovvero l'insieme di soluzioni sanitarie che sfruttano dispositivi mobili e sensori per migliorare la prevenzione, la diagnosi e il monitoraggio delle condizioni di salute. Una delle tecnologie critiche è rappresentata dalla capacità dei dispositivi mobili di acquisire dati sanitari e comportamentali in tempo reale, attraverso sensori integrati, al fine di attribuire una classe di rischio all'utilizzatore.

Figura 3. Livelli di rischio



Tale tecnologia contribuisce direttamente al prodotto finale, rendendo possibile una prevenzione personalizzata, continua e non invasiva. Inoltre, uno degli aspetti chiave della mHealth è la capacità di intervenire attivamente sui comportamenti dell'utente attraverso notifiche intelligenti, feedback personalizzati, e chatbot. Nel caso specifico, l'app integra un assistente virtuale in grado di guidare l'utente nella costruzione di abitudini sane e nella comprensione del proprio stato di salute. Tale componente tecnologica è fondamentale per l'efficacia del prodotto, in quanto supporta l'aderenza e il coinvolgimento dell'utente, consolidando le interfacce conversazionali e il coaching digitale.

Figura 4. Esempio di comunicazione



Le attività in oggetto contribuiscono allo sviluppo di tecnologie critiche nel campo dell'intelligenza artificiale linguistica a basso impatto computazionale, con particolare riferimento ai SLM specializzati per applicazioni cliniche. Queste tecnologie abilitano la creazione di sistemi conversazionali resilienti, sicuri e trasparenti, capaci di operare su dispositivi edge o in ambienti cloud distribuiti, senza la necessità di infrastrutture ad alto consumo energetico o di servizi esterni non controllati. Lo sviluppo riguarda direttamente i prodotti finali della piattaforma – tra cui moduli per la valutazione automatizzata del rischio clinico e interfacce conversazionali per il monitoraggio proattivo, in un ecosistema sanitario autonomo, etico ed equo.

In particolare, il progetto sviluppa e applica tecnologie digitali avanzate per la prevenzione personalizzata delle malattie croniche, con un impiego innovativo di sensoristica wearable, intelligenza artificiale predittiva e interfacce conversazionali basate su Small Language Models (SLM). Si tratta di componenti rientranti tra le tecnologie critiche prioritarie, con impatti significativi sulla salute pubblica, sull'invecchiamento attivo e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari europei. Il progetto TAKE CARE integra un framework avanzato di data governance e compliance normativa, in linea con il GDPR, l'AI Act e le norme ISO più rilevanti (27001, 42001), contribuendo allo sviluppo di sistemi digitali

etici, trasparenti, sicuri e affidabili, rispondendo alla priorità UE di una AI Human-Centric.

L'attività

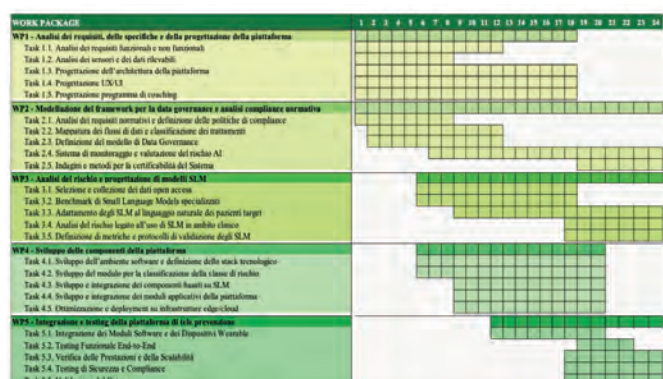
Ad oggi è stato sviluppato un prototipo operativo della piattaforma, in grado di raccogliere dati passivi dallo smartphone – come il numero di passi giornalieri o le ore di sonno – attraverso applicazioni preinstallate sullo smartphone, nonché dati attivi forniti direttamente dall'utente mediante la compilazione di questionari digitali. Sulla base delle informazioni raccolte, la piattaforma elabora un livello di rischio individuale associato a condizioni di potenziale vulnerabilità cognitiva o a stili di vita non salutari. La classificazione avviene secondo un sistema di regole prestabilite, e in base al profilo di rischio identificato, il sistema restituisce all'utente indicazioni e suggerimenti utili per agire sui principali fattori modificabili. Tali indicazioni costituiscono un primo livello di coaching generale, orientato alla promozione di corretti stili di vita (alimentazione, fumo di sigaretta e altre dipendenze, consumo di bevande alcoliche e gestione dello stress, esercizio fisico, oltre a sollecitazioni per un "allenamento cognitivo").

Figura 5. Prototipo Attuale della Piattaforma



Struttura complessiva del Progetto - Articolazione in Work Package

Figura 6. Gantt del progetto TAKE CARE



WP1 – Analisi dei requisiti, delle specifiche e della progettazione della piattaforma. Il primo pacchetto di

lavoro è dedicato a comprendere in profondità le esigenze cliniche, tecnologiche e normative che la piattaforma dovrà soddisfare. Saranno definiti i profili utente, i modelli di rischio e le logiche di interazione tra utente e sistema, in una prospettiva human-centric. Questo WP rappresenta la “fondazione concettuale” del progetto: qui si traduce la visione in architettura funzionale e roadmap tecnica.

Task 1.1 – Analisi dei sensori e dei dati:

- identificare i parametri fisiologici e comportamentali da monitorare ai fini della valutazione del rischio individuale (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, qualità del sonno, attività fisica, livelli di ansia, stress).
- Analisi, studio e identificazione delle soluzioni tecnologiche sensoristiche attualmente disponibili, in linea con le esigenze di rilevazione previste dal programma di prevenzione che si intende attuare tramite la piattaforma.

Task 1.2 - Progettazione dell'architettura della piattaforma: ha l'obiettivo di definire l'architettura logica e tecnica della piattaforma secondo un approccio modulare e scalabile.

- Definizione e caratterizzazione dei moduli funzionali della piattaforma, tra cui: raccolta dati da sensori e questionari digitali; calcolo del profilo di rischio sulla base dei parametri rilevati; erogazione dei contenuti di coaching multimediale, adattivi in base al rischio dell'utente; gestione delle notifiche e reminder personalizzati.
- Progettazione dell'architettura logica e tecnica secondo un approccio modulare e scalabile al fine di facilitare l'integrazione di nuovi moduli o sensori in fasi successive del progetto, permettere l'adattamento a diversi contesti d'uso e garantire l'evoluzione tecnologica senza necessità di riprogettazione.

Task 1.3 - Progettazione: finalizzata alla definizione dell'esperienza utente e dell'interfaccia grafica della piattaforma, tenendo conto delle caratteristiche e dei bisogni degli utenti target, nonché dei vincoli di accessibilità e usabilità previsti.

- Progettazione visuale dell'interfaccia utente con sviluppo di prototipi interattivi, con particolare attenzione alla coerenza visiva e alla facilità di utilizzo su dispositivi mobili.
- Test con utenti rappresentativi per la valutazione della fruibilità e della comprensibilità dell'interfaccia, con raccolta di feedback qualitativi per eventuali miglioramenti.

Task 1.4 - Progettazione programma di coaching: Questa attività è finalizzata alla definizione delle logiche e dei criteri per la personalizzazione dei contenuti di coaching, con l'obiettivo di adattare gli interventi alle caratteristiche individuali dell'utente, al livello di rischio rilevato e al grado di aderenza al programma.

- Definizione delle regole che associano ciascuna classe di rischio (basso, medio, alto) a specifici contenuti di coaching multimediale (es. videoclip brevi, approfondimenti su richiesta, messaggi motivazionali), tenendo conto anche della multidimensionalità degli indicatori rilevati.
- Identificazione dei parametri da monitorare (es. frequenza di utilizzo, tempo di permanenza nei contenuti, interazioni con notifiche).
- Strutturazione di un sistema di evoluzione dei contenuti nel tempo, in grado di aggiornare il percorso proposto in funzione dei cambiamenti nei parametri monitorati.

WP2 – Modellazione del framework per la data governance e analisi compliance normativa. Questo WP ha come obiettivo la definizione di un framework di data governance per la raccolta, utilizzo e conservazione di dati sanitari provenienti da sensori wearable, oltre i requisiti per il monitoraggio dell'efficacia dei modelli AI e l'identificazione di eventuali bias presenti nei dati di addestramento. Nel rispetto delle policy per la compliance normativa, con particolare riferimento al GDPR e all'AI Act. Il WP si compone di quattro task:

Task 2.1 – Analisi dei requisiti normativi e definizione delle politiche di compliance: riguarda l'analisi del quadro normativo e regolamentare relativo al contesto di riferimento della piattaforma TAKE CARE, con particolare attenzione alla protezione dei dati (GDPR), alla sicurezza delle informazioni (ISO/IEC 27001, NIST 2), alla gestione del rischio (ISO/IEC 31000), alla gestione della qualità nei sistemi di AI (ISO/IEC 42001) e alla regolamentazione europea sull'intelligenza artificiale (EU AI Act).

Task 2.2 - Mappatura dei flussi di dati e classificazione dei trattamenti: riguarda l'analisi dei dati utilizzati dalla Piattaforma allo scopo di individuarne le categorie (ad es. dati biometrici, sanitari, comportamentali, ecc.), le finalità del trattamento, le basi giuridiche applicabili e i soggetti coinvolti nel trattamento. Verranno identificati, inoltre, i trattamenti ad alto rischio così da definire e predisporre adeguate misure di mitigazione.

Task 2.3 – Definizione del modello di Data Governance:

progettazione del modello di data governance della piattaforma per assicurare l'integrità, la qualità, la tracciabilità e l'uso etico dei dati.

Task 2.4 – Sistema di monitoraggio e valutazione del rischio AI: la definizione dei requisiti del sistema per il monitoraggio e la gestione del rischio legato all'utilizzo di sistemi di AI. In linea con i principi dell'AI Act, il sistema dovrà essere in grado di classificare i rischi associati alle diverse finalità dell'utilizzo dell'AI, monitorare le performance dei modelli nel tempo e attivare alert in presenza di comportamenti anomali o degradazione delle prestazioni.

Task 2.5 – Indagini e metodi per la certificabilità del Sistema: mira a sviluppare e testare un modello sperimentale per garantire la certificabilità del sistema secondo standard tecnici, normativi ed ESG.

WP3 – Analisi del rischio e progettazione di modelli Small Language Models (SLM). Il WP3 si focalizza sull'elaborazione di modelli linguistici leggeri e contestualizzati, capaci di analizzare le interazioni testuali e vocali tra utenti e piattaforma per individuare segnali precoci di rischio legati a patologie croniche. L'attività prevede l'addestramento di SLM su dataset pertinenti, in modo da costruire strumenti predittivi accurati ma ottimizzati per ambienti a bassa potenza computazionale. L'obiettivo è sviluppare componenti intelligenti capaci di interpretare in modo proattivo segnali deboli ed evolutivi nel comportamento comunicativo degli utenti.

Task 3.1 - Selezione e collezione dei dati open access: Identificazione, selezione e collezione di dataset linguistici open access rilevanti per il dominio della teleprevenzione. Verranno considerate fonti testuali come note cliniche anonimizzate, auto-report dei pazienti, trascrizioni di messaggi vocali, con l'obiettivo di costruire corpora rappresentativi del linguaggio naturale usato nei contesti di diagnosi precoce e monitoraggio delle MCNT.

Task 3.2 - Benchmark di SLM specializzati: Verranno selezionati e testati modelli linguistici di piccole dimensioni (SLM), ottimizzati per operare in ambienti a risorse limitate come dispositivi mobili o edge. I modelli saranno addestrati e confrontati sulla capacità di comprendere testi sanitari, rilevare segnali di rischio e gestire interazioni cliniche in linguaggio naturale.

Task 3.3 – Adattamento degli SLM al linguaggio naturale dei pazienti target: Si interverrà sui modelli selezionati per adattarli ai registri comunicativi propri di

soggetti anziani, caregiver e operatori sanitari. Il fine-tuning su corpora specifici permetterà di migliorare la comprensione del linguaggio colloquiale, frammentario o emotivamente connotato, assicurando una comunicazione empatica e adeguata al contesto.

Task 3.4 – Analisi del rischio legato all'uso di SLM in ambito clinico: Si condurrà un'analisi sistematica dei rischi derivanti dall'impiego di SLM in contesti sanitari, considerando bias linguistici, incomprensioni semantiche, ambiguità interpretative e rischi comunicativi potenzialmente dannosi.

Task 3.5 – Definizione di metriche e protocolli di validazione degli SLM: Si progetteranno metriche e protocolli di validazione specifici per valutare l'efficacia degli SLM in contesti di tele-prevenzione. Le metriche includeranno indicatori di accuratezza, coerenza semantica, capacità di interazione, interpretabilità e robustezza, con particolare attenzione agli effetti comunicativi.

WP4 – Sviluppo delle componenti della piattaforma

Il WP4 è dedicato alla realizzazione concreta della piattaforma software TAKE CARE, integrando sia i moduli funzionali tradizionali (come l'acquisizione di dati da dispositivi wearable, la gestione della dashboard, i sistemi di autenticazione e sicurezza) sia i componenti innovativi basati su SLM. L'obiettivo è creare un ecosistema modulare, scalabile e interoperabile, in grado di supportare le fasi di raccolta, analisi e interazione con gli utenti, garantendo efficienza computazionale e conformità normativa.

Task 4.1 – Sviluppo dell'ambiente software: prevede lo sviluppo dell'ambiente software che costituirà la base dell'intera piattaforma. Saranno selezionati e integrati framework, linguaggi e strumenti open-source e/o proprietari in linea con gli standard di scalabilità, sicurezza e interoperabilità richiesti.

Task 4.2 – Sviluppo del modulo per la classificazione della classe di rischio: Sviluppo di un componente intelligente per la valutazione e classificazione della classe di rischio clinico individuale, capace di integrare ed elaborare dati clinici, sensoriali e comportamentali per identificare situazioni potenzialmente critiche. Il sistema sarà in grado di classificare i soggetti in fasce di rischio differenziate e alimentare il flusso decisionale della piattaforma, anche attraverso aggiornamenti dinamici sulla base di nuovi dati raccolti.

Task 4.3 – Sviluppo e integrazione dei componenti

basati su SLM: Lo sviluppo dei moduli basati su modelli linguistici leggeri (SLM) prevede la realizzazione di interfacce conversazionali, sia testuali che vocali, in grado di abilitare un'interazione naturale tra gli utenti della piattaforma e i servizi digitali offerti. Inoltre, verranno sviluppati servizi intelligenti di monitoraggio proattivo, capaci di analizzare il linguaggio degli utenti per rilevare segnali di rischio anomali, abilitando notifiche e interventi precoci.

Task 4.4 – Sviluppo e integrazione dei moduli applicativi della piattaforma: In questo task si realizzeranno e integreranno i moduli funzionali, tra cui la dashboard utente, i moduli di acquisizione dati dai wearable, la gestione utenti, i sistemi di autenticazione e sicurezza, e i servizi di notifica e allerta.

WP5 – Integrazione e validazione della piattaforma di tele-prevenzione. L'integrazione tecnica dei diversi componenti della piattaforma – dai sensori wearable al backend, dai moduli di intelligenza artificiale all'interfaccia utente – in un sistema unico e interoperabile. Standard e gestione del rischio. L'intero processo di sviluppo sarà guidato dai più alti standard normativi e tecnici: GDPR, AI Act, ISO/IEC 27001, HL7, FHIR, WCAG.

Task 5.1 – Integrazione dei Moduli Software e dei Dispositivi Wearable: garantisce la coerenza e l'interoperabilità tra i vari moduli software e hardware.

Task 5.2 – Testing Funzionale End-to-End: assicura che la Piattaforma esegua correttamente tutte le funzioni previste, in un flusso continuo dall'acquisizione del dato alla sua elaborazione e visualizzazione.

Task 5.3 – Verifica delle Prestazioni e della Scalabilità: valuta la capacità della piattaforma di operare in condizioni di carico elevato, garantendo stabilità, tempi di risposta accettabili e continuità del servizio.

Task 5.4 – Testing di Sicurezza e Compliance: verifica la sicurezza del sistema. Saranno condotti penetration test, controlli su autenticazione e autorizzazione, audit sui log di accesso, verifica dei meccanismi di pseudonimizzazione e crittografia.

Task 5.5 – Validazione del Sistema: raccoglie, analizza e confronta i risultati ottenuti con i requisiti iniziali. La piattaforma è sottoposta a validazione da parte del team con output di accettazione.

Conclusioni

L'applicazione ha i principali punti di forza nell'equità: potrà essere disponibile nelle lingue delle minoranze

etniche presenti sul territorio, o nei dialetti regionali italiani.

Nella scalabilità: potrà essere scaricata da un numero esponenziale di utilizzatori; risulta economica, in quanto il lavoro dei componenti del Gruppo di Lavoro può raggiungere moltissimi utenti.

Nella internazionalità: disponibile per aziende multinazionali.

Nella ricerca-azione: in relazione all'aderenza alle proposte di prevenzione; in relazione alla conoscenza dei parametri di iniziale predisposizione alle MCNT e nel loro sviluppo.

Nella apertura alle nuove tecnologie che si renderanno disponibili per i parametri biometrici misurabili a distanza.

Nella duttilità: sono previste comunicazioni ulteriori nell'ambito della prevenzione stradale, assistenziale, domestica. Strategie come la premialità, l'autodeterminazione, il confronto con i valori medi degli appartenenti allo stesso gruppo di rischio e il coinvolgimento decisionale, oltre ad un monitoraggio periodico dell'aderenza alle proposte preventive, costituiranno la base per l'implementazione continua del gradimento e della compliance dell'utilizzatore.

Possibili punti di debolezza. I principali rischi individuati sono ritardi nello sviluppo AI, basso ingaggio degli utenti nell'utilizzo, cambiamenti normativi. Le soluzioni adottate: l'approccio iterativo e modulare allo sviluppo; il coinvolgimento precoce degli stakeholder; il monitoraggio continuo dell'evoluzione normativa, un sistema di premialità dell'user al raggiungimento di crediti predeterminati.

Diventa così possibile prevenire le dipendenze da nicotina, alcol e altre sostanze illegali, limitare le MCNT e monitorare l'efficacia preventiva periodicamente.

9.7

"L'OFFICINA DEL LEGNO" COSTRUIRE GIOCHI GIOCARE COSTRUENDO

Farfaneti G.*, Viglione M.

*U.O Dipendenze Patologiche Cesena AUSL Romagna ~
Cesena ~ Italy*

INTERVENTO DI PREVENZIONE PRIMARIA AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO ATTRAVERSO UN LABORATORIO DIDATTICO E DI PROMOZIONE AL GIOCO CREATIVO E MANUALE

Il presente abstract intende descrivere il laboratorio didattico "L'Officina del legno", che ha avuto luogo presso il centro diurno "La Meridiana" dell'U.O. Dipendenze Patologiche AUSL Romagna di Cesena nel quartiere Sant'Egidio di Cesena per un periodo di tre mesi, da gennaio a marzo 2024. Il progetto si è svolto in collaborazione con la Scuola Secondaria di I grado "Via Anna Frank" di Cesena e la Cooperativa Sociale Il Mandorlo ed è stato finanziato con il fondo regionale per la lotta al gioco d'azzardo patologico della Regione Emilia-Romagna. Il progetto ha coinvolto ragazzi di prima e seconda media appartenenti a quattro classi, ognuna delle quali (di circa 20 alunni) ha partecipato a tre incontri pomeridiani della durata di due ore ciascuno, gli incontri sono stati condotti da Paolo Bucci, responsabile de "L'Officina del Legno", in collaborazione ad alcuni ospiti del centro diurno "La Meridiana".

Il problema del gioco nei più giovani

Il fenomeno del gioco compulsivo e del gioco d'azzardo patologico è ormai un problema consolidato nella popolazione adulta e negli ultimi anni sembra coinvolgere maggiormente anche la fascia più giovane (Yalçin, R. Ü., 2022), facilitata dalla vasta disponibilità di dispositivi tecnologici e dalla possibilità di giocare denaro in modo rapido e semplice (Riley et al., 2021). Il gioco è erogato spesso in un contesto ambientale che aumenta la spinta a continuare a puntare d'azzardo; inoltre, il gioco è comunicato con strategie di marketing che lo rendono socialmente accettabile (King, Del Fabbro et al., 2010). Come sono pericolosi i danni causati dalle sostanze per i giovanissimi lo possono essere anche quelli causati dai disturbi compor-

tamentali (gioco, internet). Le conseguenze più gravi si rilevano in particolare nei cervelli dei più giovani, vulnerabili perché in fase di sviluppo fino ai venticinque anni di età, in cui si definisce la crescita dell'area corticale, responsabile della parte riflessiva e ponderata delle nostre azioni (Sun et al., 2023). Proprio per questo motivo, l'U.O. Dipendenze Patologiche Ambito di Cesena dell'AUSL Romagna da molti anni progetta interventi di prevenzione primaria per informare ed educare ai rischi delle dipendenze: sia da sostanze, sia comportamentali come il gioco con l'obiettivo di aumentare i fattori protettivi e ridurre i comportamenti a rischio.

Obiettivi del progetto

- Offrire informazioni sui rischi del gioco compulsivo e dell'uso problematico di internet.
- Acquisire un minimo di manualità e familiarità con le fasi di lavorazione del legno, costruendo un oggetto in legno.
- Aumentare la consapevolezza riguardo l'importanza del gioco creativo e manuale e incrementare la fiducia nelle proprie abilità di realizzazione.
- Promuovere le capacità inventive e creative dei ragazzi.
- Sensibilizzare al gioco creativo e manuale fornendo un'alternativa a quello esclusivamente digitale.
- Restituire ai ragazzi l'importanza di valori come la cooperazione e la coesione.
- Fornire informazioni ai giovani riguardo all'ambito del gioco d'azzardo patologico, della dipendenza da gioco online e da videogiochi fornendo una spiegazione sul funzionamento delle dipendenze in generale.
- Limitare il rischio nei soggetti più giovani ascoltando le loro esperienze, le loro modalità d'uso e la loro percezione del rischio.

Struttura degli incontri

Durante il primo incontro è stata prevista una fase iniziale di presentazione del progetto e del centro diurno "La Meridiana" introducendo gli alunni all'ambito del gioco patologico, inoltre sono state fornite indicazioni utili riguardo la sicurezza e la protezione nel lavoro manuale e nella gestione delle attrezzature.

Successivamente si è iniziata l'attività di creazione degli oggetti: una scacchiera in legno per gli scacchi e la dama e/o una casetta in legno per gli uccelli.

Durante il secondo incontro si è ripresa l'attività di costruzione degli oggetti che sono stati poi pitturati e decorati nel laboratorio di ceramica.

Il terzo incontro è terminato con la conclusione della costruzione del manufatto in legno e della sua decorazione, infine sono state raccolte le impressioni degli

alunni che avevano partecipato al progetto.

Le impressioni e i commenti degli studenti

Successivamente ai tre incontri, agli studenti che avevano partecipato al progetto è stato chiesto di compilare un questionario per esprimere il grado di soddisfazione ed eventuali impressioni e consigli per il futuro. Dal questionario è emerso che la maggior parte degli studenti abbia partecipato attivamente al laboratorio, gli alunni hanno ritenuto che il progetto fosse ben organizzato e che le abilità acquisite durante il laboratorio potessero essere utili nel corso della loro vita; inoltre, la maggioranza dei ragazzi ha riconosciuto nelle attività manuali una valida alternativa a quelle digitali. Tra i molti commenti ricevuti abbiamo rilevato una gran soddisfazione nell'aver imparato a costruire oggetti in legno e nell'aver eseguito un lavoro nuovo in compagnia e collaborazione.

Conclusioni e obiettivi per il futuro

L'obiettivo è quello di continuare a proporre esperienze simili, indirizzate a una fascia giovanile, anche in futuro. L'intervento ha lo scopo duplice di implementare nelle scuole le attività che informino sui rischi e sulle problematiche del gioco compulsivo e rafforzare le competenze sociali dei ragazzi. Sviluppare abilità manuali, creative, il lavoro di squadra e la comunicazione sono tutte skills che possono aiutare a gestire le sfide della vita senza ricorrere in comportamenti di dipendenza. Informare riguardo alle dipendenze, tra un'attività pratica e l'altra può aiutare a comprendere meglio sia il rischio legato ai giochi online, sia il punto di vista dei giovani. Riteniamo che queste esperienze siano fondamentali, andando a creare una rete di prevenzione tra servizi sanitari, scuola e terzo settore e stimolando i ragazzi attraverso attività che incoraggino la collaborazione e il lavoro di squadra in un ambiente inclusivo e di aiuto reciproco.

Bibliografia

- King, D., Delfabbro, P., & Griffiths, M. (2010). Video game structural characteristics: A new psychological taxonomy. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8(1), 90–106. <https://doi.org/10.1007/s11469-009-9206-4>
- Riley, B. J., Oster, C., Rahamathulla, M., & Lawn, S. (2021). Attitudes, Risk Factors, and Behaviours of Gambling among Adolescents and Young People: A Literature Review and Gap Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and*

Public Health, 18(3), 984. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030984>

- Sun, J., Hu, B., Chen, T., Chen, Z., Shang, Y., Li, Y., Wang, R., & Wang, W. (2023). Internet addiction-induced brain structure and function alterations: a systematic review and meta-analysis of voxel-based morphometry and resting-state functional connectivity studies. *Brain Imaging and Behavior*, 17(3), 329–342. <https://doi.org/10.1007/s11682-023-00762-w>

- Yalçın, R. Ü. (2022). Research on Gambling in Young People: A Co-Occurrence Analysis. *Journal of Gambling Studies*, 39(2), 531–539. <https://doi.org/10.1007/s10899-022-10131-9>



NON AZZARDARE CON LA SALUTE

Monte L.*[1], Daffara F.[2]

[1]Dipartimento "Patologia delle dipendenze" S.C. SerD. ASL To 3 ~ Collegno (To) ~ Italy, [2]Coop. sociale ESSERCI SCS ~ Torino ~ Italy

Progetto di promozione della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro

La promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP) è stata identificata dall'OMS come una delle strategie efficaci nell'ambito delle politiche di promozione della salute. Per quanto riguarda la prevenzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze psicoattive e altri comportamenti a rischio di dipendenza, la letteratura evidenzia l'importanza dello sviluppo, nei diversi contesti, di pratiche organizzative finalizzate al rafforzamento di atteggiamenti protettivi e preventivi. Una revisione della letteratura sottolinea che i programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro inerenti ad attività fisica, alimentazione, cessazione del fumo, hanno un'efficacia anche su una serie di outcome come la salute percepita, l'assenza da lavoro per malattia, la produttività sul lavoro, la capacità lavorativa. Essi hanno anche un ruolo importante nella riduzione delle disuguaglianze di salute se indirizzati e adattati verso i gruppi bersaglio più esposti e più vulnerabili, quali i lavoratori manuali e quelli meno qualificati.

"Non azzardare con la salute" è un progetto sperimentale ideato e gestito in collaborazione tra il Dipartimento delle Patologie delle Dipendenze dell'ASL TO3 ed ESSERCI SCS – rivolto ai lavoratori con l'obiettivo di migliorare il loro benessere attraverso l'implementazione di strategie di promozione della salute.

Il progetto è finanziato dal fondo della Regione Piemonte per la prevenzione e il contrasto al Disturbo da Gioco d'Azzardo, allo scopo di incentivare l'utilizzo delle buone pratiche individuate in letteratura per realizzare ambienti di lavoro che promuovano salute, prevenire condizioni di disagio e malattia, promuovere stili di vita sani, prevenire l'insorgere di disturbi da uso di sostanze e/o da gioco d'azzardo, potenziare nei gruppi di lavoro meccanismi di sostegno reciproco per il fronteggiamento dello stress lavoro correlato.

"Non azzardare con la salute" ha l'obiettivo di rivolgersi ad aziende i cui lavoratori risultino tra i soggetti maggiormente esposti a fattori di rischio, nell'ottica di intervenire per diminuire le disuguaglianze.

Situazione di partenza

Al fine di analizzare gli stili di vita della popolazione occupata piemontese è stata utilizzata l'indagine Istat su "Aspetti della Vita Quotidiana dal 2013 al 2018" sui seguenti fattori di rischio per la salute: fumo di sigaretta, consumo eccessivo di alcol, inattività fisica, sovrappeso, obesità. Ulteriore fattore di rischio per la salute è il consumo di gioco d'azzardo rilevato sulla popolazione piemontese dall'indagine GAPS 2022 (IFC-CNR).

- Fumo di sigaretta: proporzione più alta tra gli operai (33-37%), commercianti e artigiani (31-32%). Tra le donne prevalenze più elevate tra le operaie (22-25%), con picchi in costruzioni, agricoltura e industria.
- Alcol: consumo eccessivo più frequente tra imprenditori/dirigenti delle costruzioni (12,3%), agricoltura (11,3%), trasporti (10,5%). Tra le donne, valori più alti tra operaie del commercio (7,6%) e tecniche in agricoltura (7,4%).
- Eccesso ponderale: sovrappeso (52-60%) e obesità (9-12%) molto diffusi tra operai, commercianti e artigiani. Tra le donne valori inferiori per sovrappeso, simili per obesità.
- Inattività fisica: massima tra gli operai dell'amministrazione pubblica, del commercio, delle costruzioni, del settore immobiliare e dei servizi alle imprese (49-52%). Tra le donne più alta tra operaie di quasi tutti i settori (52-60%).
- Gioco d'azzardo: nel 2022, l'84,6% dei giocatori esente da rischi, 11,4% a rischio minimo, 4,0% a rischio moderato/severo. Un giocatore su sei presenta caratteristiche di gioco potenzialmente rischiose.

Destinatari finali

- Personale operante all'interno delle aziende individuate.

Setting

- Luoghi idonei all'interno delle aziende coinvolte.

Tipologia dell'intervento

- Informativo
- Educativo

Obiettivi educativi e di salute

- Promuovere stili di vita salutari.
- Creare consapevolezza: informare i lavoratori sull'importanza del benessere e della qualità della vita.
- Promuovere programmi di benessere psico-fisico.
- Favorire scelte consapevoli e protettive per chi pratica gioco d'azzardo e/o consuma sostanze additive.

- Individuare segnali precoci di rischio per la salute.
- Favorire la conoscenza dei servizi sanitari.
- Favorire l'individuazione di strategie personali di gestione dello stress.
- Promuovere un'azione di gioco responsabile.
- Promuovere un uso moderato di alcol.
- Promuovere percorsi di cessazione dal fumo di tabacco.
- Promuovere un approccio sano al cibo.
- Favorire l'accesso ai servizi per la cura e il trattamento dei disturbi da dipendenze.

Metodologia

- Reclutamento di un gruppo di peer supporter per azienda, scelti tramite autocandidatura.
- Percorso formativo condotto da psicologo e educatore (tot. 12 ore).
- I gruppi di peer supporter incontreranno periodicamente gli operatori.
- Successivamente realizzeranno attività di impatto e coinvolgimento rivolte ai colleghi, con il supporto della Direzione e delle O.O.S.S.
- Obiettivo: diffusione di fattori protettivi, creazione di un ambiente di lavoro sano e sostenibile, promozione di buone prassi salutogeniche.

L'esperienza

Il progetto mira a raggiungere sei aziende della Regione Piemonte.

Ad oggi, l'intervento è stato realizzato con il Centro Intercomunale di Igiene Urbana (CidiU S.p.A. - Collegno), nel periodo giugno 2024 - dicembre 2025, coinvolgendo 18 dipendenti.

Sintesi degli incontri formativi

Incontro 1

- Microtemi: introduzione al progetto, benessere psicologico, sostanze psicoattive, gioco d'azzardo, alimentazione.
- Obiettivo: avvio gruppo, definizione aspettative, creazione della "carta di rete".
- Outcome: coesione del gruppo, consapevolezza delle aree di lavoro.
- Output: piano degli incontri successivi.

Incontro 2

- Microtemi: alimentazione e benessere, sostanze psicoattive.
- Obiettivo: acquisire conoscenze di base, stimolare confronto tra pari.
- Outcome: maggiore consapevolezza su rischi e scelte salutari.
- Output: proposte di miglioramento per spazi e abitudini alimentari.

dini alimentari.

Incontro 3

- Microtemi: gioco d'azzardo e comportamenti additivi, mindfulness e benessere psicologico.
- Obiettivo: riconoscere segnali precoci di rischio, apprendere pratiche di gestione dello stress.
- Outcome: capacità di riconoscimento precoce, strumenti di autocura.
- Output: idee di sensibilizzazione e buone pratiche da diffondere.

Incontro 4

- Microtemi: organizzazione delle ricadute all'interno dell'azienda, gruppi tematici.
- Obiettivo: trasformare gli apprendimenti in progetti concreti.
- Outcome: costituzione di tre gruppi tematici (alimentazione, dipendenze, benessere psicologico).
- Output: presentazione del catalogo "Pillole di Benessere".

Catalogo "Pillole di Benessere"

Il catalogo "Pillole di Benessere" raccoglie un insieme di opportunità gratuite e differenziate pensate per migliorare il benessere psico-fisico dei partecipanti che possono scegliere liberamente in base ai propri bisogni, per favorire salute, consapevolezza e qualità della vita, sia nel contesto lavorativo che nella quotidianità. Le proposte spaziano dal supporto individuale alla cura della salute mentale e relazionale (colloqui psicologici, consulenze educative, mindfulness), ad attività pratiche per il benessere corporeo e lo stile di vita (yoga, difesa personale, alimentazione sana con prodotti ortofrutticoli biologici "Ceste di Rapa"). Sono inoltre previste iniziative legate alla sfera sociale e quotidiana, come momenti conviviali (colazione e pranzo al Pandàn, caffè e bistrot a conduzione sociale), consulenze digitali e di educazione finanziaria, utili a rafforzare competenze pratiche e autonomia personale.

- Colloquio di supporto psicologico
- Consulenza di educazione finanziaria
- Introduzione alla mindfulness
- Hatha Yoga base
- Consulenza educativa
- Ginnastica di preparazione alla difesa personale
- Colazione e pranzo per due persone al Pandàn
- Consulenza digital- Punto digitale facile
- Ceste di Rapa: selezione di prodotti freschi, biologici e a km 0
- Consulenza su dipendenze comportamentali (SerD - ASL T03).

Conclusioni

Il percorso ha rappresentato un momento di crescita personale e collettiva per i partecipanti. I feedback hanno evidenziato il gradimento delle attività formative e delle opportunità offerte.

Grazie alla collaborazione con CidiU S.p.A., il progetto ha contribuito a sensibilizzare i lavoratori sui temi della salute, offrendo strumenti pratici per affrontare stress, difficoltà relazionali e promuovere stili di vita salutogenici.

Nel 2025, l'attività proseguirà con i gruppi di lavoro, con l'obiettivo di garantire la piena implementazione delle attività di ricaduta e rafforzare il legame tra benessere individuale e ambiente lavorativo.

La positiva esperienza maturata pone solide basi per future collaborazioni.



9.9

IL CAMPER ITINERANTE: I VENERDI DELLA PREVENZIONE

Rappa P.*, Barbara B., Cruciata E., Impellizzeri D., Calamia M.P., Accardo A., Mancuso M.P., Ribilotta L., Bongiorno A.

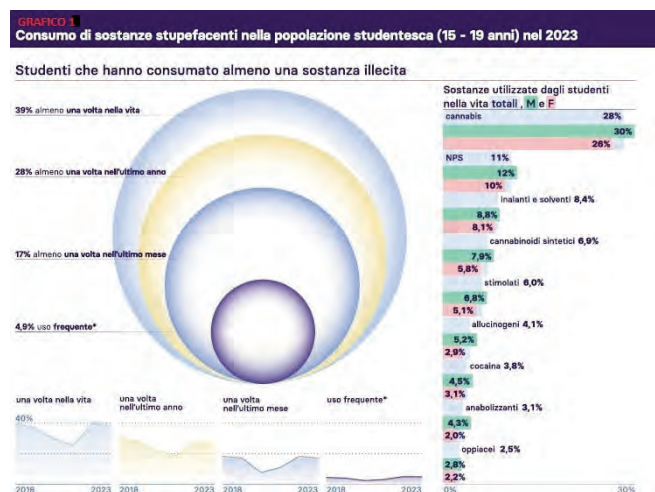
SerD. Alcamo Asp Trapani ~ Alcamo ~ Italy

L'Équipe del SerD. di Alcamo dell'ASP Trapani, attraverso un progetto di prevenzione innovativo, ha raggiunto circa 600 studenti (14-18) del Distretto Socio Sanitario n.55 per parlare dei rischi legati all'abuso di sostanze e di alcol, ma anche di quelli legati all'uso disfunzionale dei dispositivi multimediali e del gioco d'azzardo patologico.

Contesto e finalità

Lo scenario della diffusione e del consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope in Italia (come si evince dalla Relazione 2024 al Parlamento sulle tossicodipendenze in Italia) si caratterizza, nel 2023, per l'insorgere e il consolidarsi di alcuni fenomeni emergenti significativi. Nel 2023 quasi 960 mila giovani tra 15 e 19 anni, pari al 39% della popolazione studentesca (vedi Grafico 1), riferiscono di aver consumato una sostanza psicoattiva illegale almeno una volta nella vita e oltre 680mila studenti (28%) nel corso dell'ultimo anno. Nel 2023 si è registrato, infatti, un aumento della percentuale di persone che chiedono di essere prese in cura presso i SerD per cocaina/crack, che in un solo anno cresce dal 51% al 55% a livello nazionale. Ma anche nel nostro territorio si registra un incremento della domanda di cura e presa in carico per cocaina/crack la cui diffusione è favorita dal basso costo di una dose (3-4 euro) e quindi a portata di tutte le tasche, anche dei giovanissimi. L'uso di cannabis e alcol è sempre diffuso diventa propedeutico al passaggio a droghe più pericolose e, per i motivi sopra esposti, nell'ambito delle attività ordinarie di prevenzione delle dipendenze e della promozione della salute e del benessere dei giovani e dei giovanissimi, il Servizio Dipendenze (SerD) di Alcamo dell'Asp Trapani ha posto in essere il progetto "Il Camper Itinerante: i Venerdì della prevenzione", attraverso l'ausilio di un'unità mobile che ha fatto tappa presso ogni istituto scolastico superiore del Distretto Socio Sanitario n.55 (Alcamo, Castellammare del Golfo e Calatafimi Segesta).

Grafico1.



L'intervento si inserisce nell'ambito delle azioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP Regione Sicilia) 2020-2025- programmi predefiniti PP01 (Life skills e scuole che promuovono salute) e PP04 (Dipendenze).

Obiettivi specifici

L'intervento si inserisce nell'ottica strategica che vede un "servizio in uscita", il progetto ha proposto agli studenti delle scuole superiori iniziative di carattere informativo e formativo con l'obiettivo di attuare un'azione di prevenzione sul territorio. In particolare:

- Incrementare la consapevolezza sui rischi legati all'uso di sostanze psicoattive e la guida sicura;
- Informare target specifici sul livello attuale di offerta sui servizi di cura ed assistenza del SerD per persone affette da dipendenze comportamentali
- Attuare sul territorio provinciale un'attività di educativa di strada per promuovere salute e stili di vita sani in un'ottica di empowerment di comunità;

Territorio di riferimento

Distretto Socio Sanitario n.55 (Alcamo, Castellammare del Golfo e Calatafimi Segesta).

Durata del progetto

Febbraio- Maggio 2025 (anno scolastico 2024-2025).

Svolgimento delle Attività

Il progetto si è sviluppato attraverso la sosta del camper all'interno degli spazi aperti di ogni istituto in cui si sono svolti n.2 incontri con gli alunni e le alunne del secondo anno (due classi per ogni incontro) della durata di due ore ciascuno. L'équipe multidisciplinare era formata da 4 figure professionali diverse che si sono alternate lungo tutto il periodo di svolgimento

del progetto (psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori, sociologi) per un totale di 37 presenze nelle scuole.

Sono state proposte attività inerenti le tematiche sulla prevenzione delle dipendenze attraverso una metodologia attiva di tipo ludico-esperienziale.

Le attività proposte sono di tre tipologie:

- Virtual Experience del progetto Meet Life per la sensibilizzazione nelle scuole sui comportamenti dei giovani di fronte alle droghe in situazioni di contesto a rischio.
- Percorso esperienziale su tappeto con occhiali "Alcovista" per una simulazione di guida in stato di ebbrezza.
- Unplugged: Gara a quiz per gruppi classe su problematiche legate alle dipendenze patologiche (tabacco, alcol, droghe, farmaci, gioco d'azzardo, etc.).

Scuole partecipanti

- Liceo Statale "Vito Fazio Allmayer" Alcamo
- Istituto Superiore "Giuseppe Ferro" Alcamo
- ITET "Girolamo Caruso" Alcamo
- Polo Statale ISS "Piersanti Mattarella" Castellammare del Golfo - Alcamo

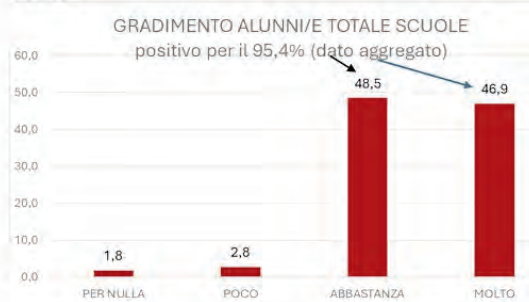
Risultati e impatto

I dati relativi agli studenti raggiunti sono riportati nella Tabella 1.

data	scuola	n.incontri/durata	n. classi	n. alunni/e	n. docenti	N. operatori
28/02/2025	ISS "G. Ferro" Alcamo	5/2h	10	204	20	12
28/03/2025 11/04/2025	Classico/scientifico					
14/03/2025 19/03/2025	Liceo Statale "V. Fazio Allmayer" Alcamo	4/2h	8	142	16	8
02/04/2025 09/05/2025	ISS "Piersanti Mattarella" Castellammare del Golfo - Alcamo	4/2h	8	92	16	9
16/05/2025 23/05/2025	ITET "G. Caruso" Alcamo	4/2h	9	150	16	8
9 tappe	4 scuole	17/34h	35	588	68	37

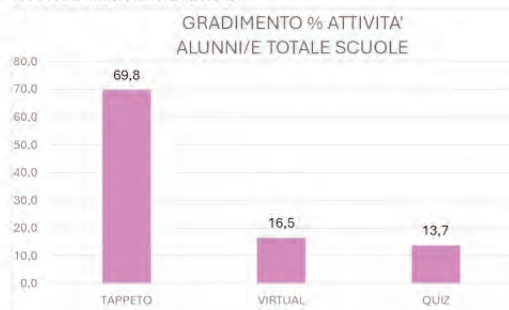
La partecipazione alle attività da parte degli studenti è stata molto interessata: coinvolti ed incuriositi dalle 3 attività proposte hanno espresso il loro gradimento. Per il 95,4% hanno espresso parere positivo (abbastanza, molto) circa l'esperienza vissuta nel loro insieme (vedi Grafico 2).

GRAFICO 2



Hanno apprezzato le attività proposte con una chiara preferenza per il Tappeto "Alcovista" sulla simulazione alla guida in stato di ebbrezza (vedi Grafico 3).

GRAFICO 3 GRADIMENTO ATTIVITA'



La promozione del messaggio di prevenzione è risultata efficace grazie alla metodologia ludico-esperienziale adottata.

Un altro risultato raggiunto riguarda il consolidamento della rete di prevenzione aziendale in sinergia con le finalità del PRP 2020-2025 sopracitato.

Conclusioni

Il progetto "Il Camper Itinerante: i Venerdi della prevenzione" (si allega locandina) ha avuto ottimi risultati in termini di gradimento, come sopra esposto, ed è stato richiesto anche da altre classi che per l'anno scolastico 2024/2025 non sono state coinvolte. È prevista una nuova programmazione per l'anno scolastico 2025/2026.

Si ringraziano per il supporto e la disponibilità il Direttore del Dipartimento della Salute Mentale dell'Asp Trapani, Dott. Gaetano Vivona e il Responsabile UOC Dipendenze Patologiche SerD dell'Asp Trapani, Dott. Paolo Pollina.



9.10

LA PREVENZIONE COME PERNO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE PUBBLICA: L'ESPERIENZA DELL'ASP DI TRAPANI NELL'ULTIMO TRIENNIO

Novara M.G.*, Ognibene I., Barbara M., De Luca C., Pollina P.

U.O.C. Dipendenze Patologiche Asp Trapani ~ Trapani ~ Italy

Nel triennio 2022-2025, l'ASP di Trapani ha implementato un modello di prevenzione delle dipendenze integrando scuola, famiglia e comunità. L'approccio multi-livello ha promosso consapevolezza, resilienza e competenze socio-emotive, mettendo in luce i rischi delle dipendenze da sostanze e sine substantia nei giovani.

Premessa

L'OMS definisce la "dipendenza patologica" come "condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione". All'interno di questo alveo di significati, rientrano anche le dipendenze sine substantia, che riguardano comportamenti problematici come il disturbo da gioco d'azzardo, sex addiction, lo shopping compulsivo, la new Technologies addiction (dipendenza da internet, social network, videogiochi, televisione, ecc.), diverse nelle manifestazioni cliniche, ma su diversi aspetti correlate sul piano eziologico, psicopatologico e neurobiologico. L'eziopatogenesi delle dipendenze, infatti, è legata presumibilmente all'interazione sfavorevole di tre ordini di fattori: neurobiologici, individuali e socio-ambientali.

La Relazione al Parlamento 2024 mette in luce come il fenomeno delle tossicodipendenze e delle nuove dipendenze comportamentali stia assumendo dimensioni allarmanti tra i giovani.

I numeri risultano preoccupanti: il recente Rapporto ESPAD 2024 (European School Survey Project on

Alcohol and other Drugs), coordinato dall'Istituto di fisiologia clinica del CNR, insieme ai dati dell'Istituto Superiore di Sanità, dipinge un quadro allarmante e in rapida evoluzione.

In questa prospettiva appare importante affermare come le dipendenze, siano esse da sostanze o comportamentali, possano spesso essere la punta dell'iceberg di un disagio più profondo. Infatti, secondo una ricerca CNR-IRPPS, solo 3 giovani su 10 tra gli 11 e i 19 anni affermano di non soffrire di alcun disagio psicologico.

La Commissione Europea, nel riconoscere la validità del modello bio-psico-sociale integrato con i determinanti ambientali e sociali nell'ottica della One Health, invita gli stati membri a dare priorità alle politiche di sostegno alla salute mentale, implementando il personale, le risorse, e i progetti di formazione.

Quando l'OMS ha affermato il concetto "non c'è salute senza salute mentale", ha aperto la strada ad una nuova cultura della salute mentale e del benessere psicologico, spostando sempre di più il focus dalla patogenesi alla "salutogenesi".

Tornando al tema delle addictions è possibile, dunque, comprendere come queste possano rappresentare delle possibili "vie di fuga" dal dolore emotivo offrendo un sollievo temporaneo, una momentanea disconnessione dal dolore o dalla pressione. Ma sono soluzioni illusorie che, a lungo andare, non fanno che aggravare il problema, creando nuove catene.

Per questi motivi, la prevenzione è la principale azione per evitare e ridurre i rischi e i danni alla salute correlati all'uso e abuso di sostanze psicoattive legali e illegali e all'insorgenza di disturbi comportamentali.

In questo contesto, la scuola, la famiglia e la comunità vengono riconosciute non solo come luogo di sviluppo, apprendimento e crescita, ma anche come presidio strategico per l'identificazione precoce del disagio mentale.

A questo proposito, il PNP (Piano Nazionale della Prevenzione) 2020-2025, congiuntamente ad altri obiettivi, prevede di consolidare e promuovere, in attuazione degli indirizzi di policy, interventi integrati per la "Scuola che Promuove Salute", ma anche modelli di prescrizione sociale che migliori la comunicazione tra servizio sanitario, i servizi e le risorse presenti nella comunità.

Di fondo, l'obiettivo è di rafforzare il ruolo della scuola, della famiglia e della comunità come spazi di crescita e supporto sia contrastando il fenomeno in atto sia favorendo un approccio proattivo e preventivo.

In risposta a questa emergenza sanitaria e sociale l'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, in seno al Dipartimento di Salute Mentale e nello specifico dell'

U.O.C. Dipendenze Patologiche, nell'ambito delle proprie attività di prevenzione e sensibilizzazione, ha promosso sul territorio un corpus di progetti allo scopo di affiancarsi agli studenti in primis, ma anche alle famiglie, e agli insegnanti nel riconoscere e affrontare i bisogni legati alla sfera relazionale, affettiva, emozionale e comportamentale e di fornire un'informazione completa sulla prevenzione delle dipendenze offrendo strumenti utili per riconoscere i rischi e potenziare le proprie capacità di resilienza.

Introduzione

La prevenzione delle dipendenze rappresenta dunque una delle priorità più stringenti della sanità pubblica contemporanea. Non si tratta soltanto di ridurre l'incidenza dei comportamenti a rischio, ma di intervenire sui fattori di vulnerabilità psicosociale che rendono adolescenti e giovani adulti più esposti alle dipendenze. Se le forme tradizionali di dipendenza da sostanze continuano a costituire una minaccia importante, le nuove dipendenze comportamentali – come il gioco d'azzardo patologico (GAP) e l'uso problematico di internet (Internet Addiction Disorder, IAD) – si stanno affermando come emergenze globali, con ricadute cliniche, relazionali e sociali. Il DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) ha consolidato il riconoscimento di questi disturbi come patologie a tutti gli effetti, segnando una svolta culturale e scientifica nel campo della salute mentale. In Italia, i dati sono allarmanti: più della metà degli adolescenti ha avuto esperienze di gioco d'azzardo nell'ultimo anno e circa il 6% si configura come giocatore abituale (Favieri et al., 2023). Parallelamente, l'uso eccessivo delle tecnologie digitali riguarda dal 5 al 10% dei giovani, associandosi a sintomi ansiosi e depressivi e a difficoltà di regolazione emotiva (Matiz et al., 2024). La Regione Siciliana, con il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020–2025, ha risposto a questa esigenza con il Programma Predefinito PP04 – Dipendenze.

La visione trapanese:

prevenzione come processo comunitario

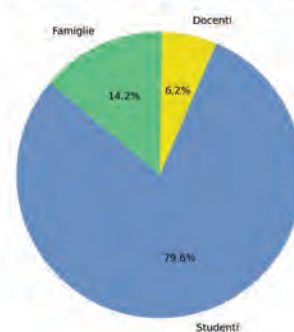
L'ASP di Trapani, attraverso il Dipartimento di Salute Mentale e il Servizio Dipendenze Patologiche (SerD), ha tradotto le linee del PRP in un piano triennale (2022–2025) che si identifica per la sua capacità di coniugare continuità, radicamento territoriale e approccio multilivello. Non si è trattato di una sequenza di interventi isolati, ma di un processo progressivo e circolare che ha preso avvio dalle scuole, si è esteso alle famiglie e ha coinvolto l'intera comunità.

Al centro vi è stata l'azione dell'équipe multidisciplinare del SerD, insieme agli altri servizi del DSM di

Trapani, che ha avviato una serie di progettualità su tutto il territorio.

Grafico 1.

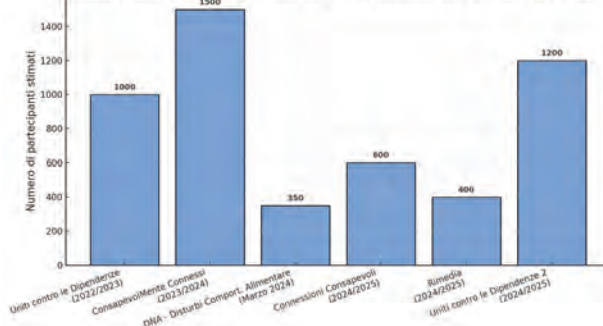
Distribuzione dei partecipanti alle attività di prevenzione (2022-2025)



Le scuole del territorio trapanese hanno rappresentato il fulcro strategico del piano di prevenzione, configurandosi come il principale contesto di intervento educativo e di promozione della salute. Non si è trattato di attività episodiche o di semplici lezioni frontali, ma di un insieme di progetti strutturati, progressivi e calibrati sulle diverse fasce d'età, in grado di accompagnare studenti, docenti e famiglie in un percorso di consapevolezza crescente.

Grafico 2.

Partecipazione alle principali attività di prevenzione ASP Trapani (2022-2025)

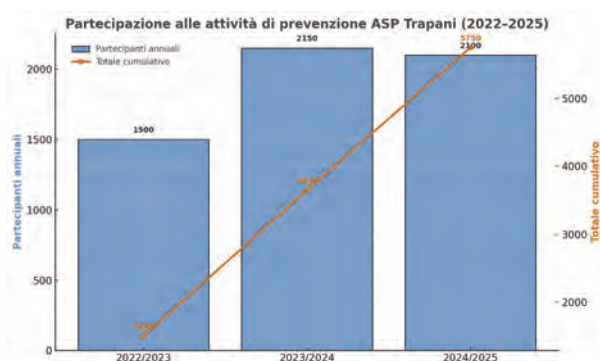


Il progetto “Uniti contro le Dipendenze” (2022/2023) ha segnato l'avvio del percorso, rivolgendosi alle seconde classi delle scuole secondarie di secondo grado e affrontando non soltanto i tradizionali rischi legati al consumo di alcol, fumo e sostanze, ma anche le prime forme di dipendenza digitale, fenomeno la cui prevalenza è in rapida crescita tra gli adolescenti. L'anno successivo, il progetto “ConsapevolMente Connessi” (2023/2024) ha consolidato e ampliato l'intervento, introducendo strumenti innovativi come i laboratori esperienziali, gli sportelli di ascolto e momenti di formazione specificamente rivolti a docenti e genitori. In questo caso, il focus si è concentrato sul gioco d'azzardo patologico (GAP) e sull'Internet Addiction Disorder (IAD), due ambiti riconosciuti dal DSM-5-TR come aree di crescente rilevanza clinica.

Nel biennio successivo, il piano si è ulteriormente esteso con i progetti “Connessioni Consapevoli” e “Rimedia” (2024/2025), destinati rispettivamente alle scuole secondarie di primo grado e alle primarie. In questo modo, la prevenzione ha raggiunto anche fasce di età più precoci affrontando temi quali il gaming online, l’uso dei social network, l’identità digitale e, parallelamente, promuovendo life skills e competenze socio-emotive fin dall’infanzia.

Infine, il progetto “Uniti contro le Dipendenze – Prevenzione, Consapevolezza e Supporto” seconda edizione (2024/2025) ha rafforzato e consolidato la rete già avviata con le scuole superiori, potenziando il dialogo interistituzionale e la collaborazione con le famiglie.

Grafico 3.



Complessivamente, nel triennio sono stati coinvolti oltre 4.500 studenti, 350 docenti e circa 800 genitori, con un impatto significativo non solo in termini numerici, ma anche qualitativi: maggiore consapevolezza nei giovani, docenti più preparati nel riconoscere segnali di disagio, famiglie più informate e supportate. Questo dato dimostra come la prevenzione, quando attuata in maniera sistemica e continuativa, sia in grado di produrre cambiamenti culturali diffusi e di costruire una rete stabile di protezione intorno agli adolescenti. La comparazione dei dati dell’ultimo triennio, ci restituiscono

Le famiglie: dal vissuto di fragilità alla risorsa attiva. Uno degli aspetti più qualificanti del modello di lavoro portato avanti dal nostro servizio è stato senza dubbio il coinvolgimento diretto delle famiglie, riconosciute non solo come contesti in cui le fragilità possono emergere o acuirsi, ma soprattutto come attori fondamentali della prevenzione. Le evidenze scientifiche dimostrano infatti che i fattori familiari – qualità delle relazioni, stili educativi, comunicazione intra-familiare – rappresentano determinanti cruciali nello sviluppo e nel mantenimento dei comportamenti di dipendenza (Viola et al., 2025).

In questa prospettiva, l’avvio della prima edizione del Parent Training nel dicembre 2023 ha segnato un pas-

saggio importante. Il programma, strutturato in incontri a cadenza quindicinale, ha offerto ai caregiver uno spazio di confronto e di apprendimento guidato, condotto da professionisti sanitari dell’équipe multidisciplinare del nostro SerD (psichiatri, psicologi, assistenti sociali ed infermieri). Gli incontri hanno permesso alle famiglie di acquisire strumenti psico-educativi concreti, migliorare le proprie competenze comunicative e comprendere più a fondo i meccanismi neuropsicologici alla base delle dipendenze.

L’obiettivo non era solo quello di ridurre lo stigma – che spesso grava sulle famiglie, alimentando senso di colpa e isolamento – ma anche quello di trasformare i caregiver in partner attivi della prevenzione e del percorso terapeutico. In altre parole, la famiglia non è stata considerata un semplice contesto da “gestire”, ma una risorsa strategica da valorizzare, capace di diventare parte integrante della rete di supporto.

Questo approccio ha avuto dunque un duplice effetto: da un lato, ha rafforzato la resilienza delle famiglie, riducendo il senso di isolamento; dall’altro, ha contribuito a creare un ecosistema preventivo più ampio, in cui scuola, servizi e comunità trovano nella famiglia un alleato stabile e proattivo. In tal modo, la prevenzione diventa non solo responsabilità delle istituzioni, ma pratica condivisa, radicata nella quotidianità dei legami familiari.

Il dispositivo proposto ha avuto nel tempo eco sempre maggiore, attivando l’interesse di diverse famiglie che hanno esplicitato la volontà di partecipare. Per tale motivo il gruppo di parent training è diventato uno spazio stabile all’interno del SerD, attraverso l’attivazione di una nuova edizione e speriamo anche di altre.

La comunità:

la prevenzione come cultura condivisa

L’ultima dimensione della strategia preventiva è stata quella comunitaria, intesa come spazio privilegiato di partecipazione e di costruzione collettiva di significati. Se la scuola rappresenta il luogo della formazione e la famiglia quello della cura, è nella comunità che la prevenzione si traduce in cultura condivisa e diventa parte del patrimonio sociale di un territorio.

In questo senso, gli eventi organizzati dal DSM e dall’U.O.S. Dipendenze Patologiche di Trapani hanno avuto un valore che è andato ben oltre la semplice funzione informativa. La Giornata Mondiale Contro l’Abuso e il Traffico di Droga (26 Giugno 2024 -26 Giugno 2025), ad esempio, ha trasformato una piazza cittadina in un vero e proprio laboratorio di sensibilizzazione, con stand informativi, alcol test gratuiti, attività artistiche e spazi di confronto tra cittadini e professionisti. Analogamente, la Giornata della Sindrome Feto-

Alcolica (9 settembre 2024) ha contribuito a diffondere conoscenze sui rischi del consumo di alcol in gravidanza, rafforzando l'idea che la prevenzione inizi già dalla tutela materno-infantile.

Un momento particolarmente significativo è stato rappresentato dalla Giornata Mondiale della Salute Mentale (10 ottobre 2024), che ha unito convegni scientifici, spettacoli teatrali, esibizioni musicali e iniziative diffuse nei diversi comuni della provincia. Questa pluralità di linguaggi – scientifico, artistico, istituzionale – ha permesso di coinvolgere pubblici eterogenei, contribuendo a ridurre lo stigma e a promuovere una visione della salute mentale come bene comune.

La partecipazione a ExpoMedicina 2024 (Catania) ha offerto l'occasione di presentare il modello trapanese su un palcoscenico regionale, valorizzando le buone pratiche realizzate sul territorio, quale punto di riferimento nel settore. Infine, il convegno sulle Nuove Droghe (Novembre 2024) ha rappresentato un momento cruciale di confronto con studenti, operatori sanitari e forze dell'ordine, portando all'attenzione pubblica i rischi legati a sostanze emergenti come fentanyl e cocaina rosa, e confermando la capacità del SerD di anticipare i fenomeni e rispondere con prontezza alle nuove sfide.

Nel loro insieme, queste iniziative hanno avuto l'obiettivo di radicare la prevenzione come pratica sociale diffusa, capace di unire cittadini, istituzioni e operatori sanitari in un percorso condiviso. In tal modo, la prevenzione non rimane confinata a interventi settoriali, ma diventa un processo culturale che alimenta coesione, consapevolezza e senso di responsabilità collettiva.

Discussione

L'esperienza trapanese conferma che la prevenzione delle dipendenze è efficace quando viene strutturata come un processo organico, continuativo e multi-livello, capace di attivare sinergie tra i principali contesti di vita degli individui: scuola, famiglia e comunità.

L'ambito scolastico si è rivelato un terreno privilegiato per promuovere consapevolezza critica e competenze socio-emotive. Gli studenti non sono stati semplicemente informati sui rischi, ma coinvolti in attività esperienziali che hanno favorito lo sviluppo di abilità trasversali – dalla gestione delle emozioni al pensiero critico – riconosciute dalla letteratura internazionale come fattori protettivi fondamentali (WHO, 2020).

Parallelamente, il percorso di Parent Training ha trasformato le famiglie in protagoniste attive della prevenzione, fornendo loro strumenti per comprendere meglio le dinamiche delle dipendenze e potenziare la comunicazione con i propri figli.

A livello comunitario, eventi e campagne pubbliche hanno contribuito a consolidare la prevenzione come valore culturale condiviso, diffondendo messaggi di salute attraverso linguaggi diversificati – scientifici, educativi e artistici – capaci di raggiungere fasce ampie e variegata della popolazione.

L'impatto non va quindi misurato solo in termini numerici, pure significativi, ma soprattutto come costruzione di capitale sociale: una rete di collaborazioni tra istituzioni, cittadini e servizi che rappresenta la vera infrastruttura preventiva. È proprio questa rete, radicata nel territorio e sostenuta da una cultura della salute, a costituire il lascito più rilevante del modello trapanese e la condizione necessaria per affrontare le sfide future legate alle nuove forme di dipendenza.

Conclusioni

Il triennio 2022–2025 ha rappresentato un momento di cambiamento, segnato dall'implementazione di una vera e propria strategia di salute pubblica strutturale, fondata su un approccio multi-livello che ha coinvolto scuola, famiglia e comunità. In questo senso, l'esperienza trapanese si colloca in continuità con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2020) e dell'EMCDDA (2023), che sottolineano la necessità di interventi integrati, precoci e culturalmente adattati.

Il modello sviluppato ha dimostrato che la prevenzione, per essere efficace, deve combinare evidenze scientifiche, pratiche educative e partecipazione comunitaria. Gli interventi scolastici hanno favorito la costruzione di competenze socio-emotive e capacità critiche (Calado, Alexandre & Griffiths, 2017), mentre il Parent Training ha trasformato le famiglie in alleati attivi della prevenzione, in coerenza con le evidenze di Copello, Templeton e Orford (2010). Sul piano comunitario, eventi e campagne hanno consolidato una cultura condivisa della salute, contribuendo a ridurre lo stigma e a promuovere resilienza collettiva, come evidenziato anche dagli studi di Zendle e Cairns (2018).

L'impatto è stato significativo sia in termini quantitativi che qualitativi, avendo favorito un processo di conoscenza che ha rafforzato le reti sociali e istituzionali. Inoltre, il modello ha mostrato la capacità di adattarsi ai fenomeni emergenti, affrontando temi come le nuove sostanze psicoattive e le dipendenze digitali, in linea con le recenti ricerche di Favieri et al. (2023) e Matiz et al. (2024).

Prospettive future

Le esperienze maturate negli ultimi tre anni consentono di delineare alcune direzioni strategiche di sviluppo, necessarie a consolidare e ampliare i risultati già

ottenuti.

1. Consolidamento del monitoraggio e della valutazione. È essenziale implementare sistemi di raccolta dati longitudinali e standardizzati, che consentano di misurare non solo i livelli di partecipazione, ma anche l'impatto a medio e lungo termine sugli stili di vita, sul benessere psicologico e sulla riduzione dei comportamenti a rischio. Un monitoraggio strutturato rappresenta la base per orientare le politiche sanitarie secondo criteri di evidenza scientifica.

2. Estensione dei programmi di prevenzione precoce. Gli interventi avviati nelle scuole primarie e secondarie di primo grado hanno mostrato risultati promettenti. Sarà quindi prioritario rafforzare e ampliare tali programmi, promuovendo lo sviluppo di life skills e competenze socio-emotive già dall'infanzia, in linea con i principi dell'educazione alla salute sostenuti dall'OMS.

3. Digitalizzazione delle azioni di prevenzione. Alla luce del crescente peso delle tecnologie digitali nella vita dei giovani, occorre sviluppare strumenti innovativi – come app educative, piattaforme interattive e sportelli virtuali – che possano intercettare i ragazzi nei loro ambienti di vita quotidiani. Questo permetterebbe di garantire accessibilità diffusa, soprattutto per coloro che vivono in aree periferiche,

4. Integrazione inter-istituzionale. La prevenzione delle dipendenze e la promozione di salute mentale deve essere intesa come una responsabilità condivisa. In questa prospettiva, sarà fondamentale potenziare le sinergie tra servizi sanitari, scuole, università, terzo settore e amministrazioni locali, superando logiche frammentarie e favorendo un approccio realmente sistemico.

5. Ricerca e innovazione. Per rafforzare la sostenibilità e la trasferibilità delle buone pratiche, è necessario promuovere progetti di ricerca applicata in collaborazione con enti accademici e centri di studio. Solo attraverso un processo di validazione scientifica sarà possibile consolidare i modelli sperimentati e renderli adattabili ad altri contesti regionali e nazionali.

In conclusione, il lavoro qui presentato si configura come una best practice, in grado di tradurre in azione concreta i principi del PRP PP04 e le raccomandazioni della comunità scientifica nazionale. Investire nella prevenzione significa non solo ridurre i costi sociali ed economici associati alle dipendenze, ma anche promuovere benessere, resilienza e coesione sociale, contribuendo alla costruzione di una comunità più consapevole, inclusiva e pronta ad affrontare le sfide emergenti legate alle nuove forme di dipendenza.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^a ed., text rev., Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2022.
- Calado F., Alexandre J., Griffiths M. D., (2017), Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research, in *Journal of Gambling Studies*, 33(2), pp. 397–424.
- Copello A., Templeton L., Orford J., (2010), Addiction and the family: Is it time for services to take notice of the evidence? in *Addiction*, 105(9), pp. 1369–1376.
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, European Drug Report 2023: Trends and Developments, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2023.
- ESPAD Group, ESPAD Report 2023: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2024.
- Favieri F., Marini A., Casagrande M., Grassi M., (2023), Gambling behavior in adolescence: Risk factors and comorbidities, in *Frontiers in Psychology*, 14, art. 1123567.
- Istituto Superiore di Sanità (ISS), Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, Roma, ISS, 2024.
- Matiz A., Fabbro F., Crescentini C., (2024), Problematic internet use in adolescents: Emotional regulation, anxiety and depression symptoms, in *Current Psychology*, DOI: 10.1007/12144-024-04912-1.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), International Classification of Diseases, 10^a revisione, Ginevra, WHO, 2013.
- Viola T. W., Nunes M. L., Grassi-Oliveira R., (2025), Family environment and addictive behaviors: A developmental perspective, in *Addictive Behaviors Reports*, 21, 2025, art. 101674.
- World Health Organization (WHO), (2020). Life skills education school handbook: Prevention of noncommunicable diseases, Ginevra, WHO.
- Zendle D., Cairns P., (2018) Video game loot boxes are linked to problem gambling: Results of a large-scale survey, in *PLOS ONE*, 13(11).

9.11

IL PROGETTO REGIONALE “IL TEMPO È DENARO” A QUATTRO ANNI DALLA PARTENZA

Saverino H.*[1], Ciuffreda L.[1], Rossi S.[1], Lazzara E.[1], Marra A.[1], Oldrà A.[1], Monte L.[2]
[1]Cooperativa Sociale Alice Onlus ~ Torino ~ Italy,
[2]Dipartimento Patologia delle Dipendenze ASL T03 ~ Collegno ~ Italy

Analisi, dopo i primi 4 anni dall'avvio, del Progetto Regionale di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi nei contesti del gioco d'azzardo “Il Tempo è Denaro”. Evoluzione degli strumenti, delle pratiche operative e narrazione delle criticità riscontrate nei contesti di gioco fisico in denaro.

Il progetto regionale “Il Tempo è Denaro”, attivo dal 2021 nell'ambito del Piano per il contrasto al disturbo da gioco d'azzardo della Regione Piemonte, gestito dal Dipartimento di Patologia delle Dipendenze dell'ASL T03 in collaborazione con la Cooperativa Sociale Alice Onlus, rappresenta un intervento di prossimità finalizzato alla riduzione del danno nei contesti di gioco in denaro. Rinnovato l'affidamento alla Cooperativa Sociale Alice Onlus nel gennaio 2025, il progetto utilizza unità mobili allestite come ambulatori educativi itineranti, operative sulla soglia di sale bingo, sale slot, agenzie di scommesse e grandi tabaccai, al fine di intercettare i giocatori prima e dopo le loro sessioni di gioco e promuovere comportamenti di autocontrollo basati sui principi del contingency management. I territori coinvolti, anche per questo rinnovo di progetto, rimangono: l'area dell'ASL NO, estesa anche ai territori di Biella e Verbano-Cusio-Ossola, e l'area dell'ASL T03 che, in questa annualità, per cercare di intercettare quanti più giocatori possibili, ha ampliato l'intervento includendo grandi sale bingo della Città Metropolitana di Torino.

Sebbene l'allestimento del camper come ambulatorio educativo itinerante non abbia raggiunto pienamente gli obiettivi prefissati – poiché i giocatori hanno mostrato una limitata disponibilità a entrare in uno spazio percepito come estraneo – l'unità mobile ha comunque assunto una funzione simbolica rilevante, configurandosi come presidio territoriale ad alta visibi-

lità e simbolo identificativo del progetto.

L'approccio teorico

L'attività degli operatori si configura come un insieme di azioni di prossimità in cui vengono attuate strategie di contingency management, con l'obiettivo di sostenere il giocatore nello sviluppo di consapevolezza e capacità di autoregolazione rispetto al proprio comportamento di gioco. In questa prospettiva, non si richiede esclusivamente l'interruzione immediata o la rinuncia all'attività di gioco, ma si propongono anche pause concordate, la cui osservanza è rinforzata attraverso la concessione di benefit, così da favorire la motivazione al cambiamento. Elemento distintivo dell'attuale approccio è la progressività del patto stipulato tra il giocatore e gli operatori del progetto: nella fase iniziale vengono proposti intervalli di pausa dall'attività di gioco dilatati nel tempo e facilmente rispettabili per poi ridurli negli incontri successivi. Questo processo incrementale consente di rafforzare l'autoefficacia, ridurre progressivamente il tempo dedicato al gioco e promuovere un percorso di crescente consapevolezza e autonomia decisionale. Il contingency management si configura quindi come un processo dinamico e condiviso in cui benefit e patti progressivi diventano strumenti concreti di prevenzione e riduzione del danno, capaci di integrare prossimità operativa e sostegno motivazionale alle persone in un percorso di cambiamento realizzabile.

Gli strumenti

Una delle principali evoluzioni del progetto riguarda proprio la scelta dei benefit, concepiti non più come sostegno economico, ma come strumenti relazionali e motivazionali. L'analisi dei questionari somministrati presso le postazioni mobili ha evidenziato tre caratteristiche essenziali per l'efficacia del benefit: anonimato, carattere ricreativo e dignità percepita, riflettendo la necessità di contrastare lo stigma vissuto dai giocatori. In risposta a questi criteri, sono state introdotte gift card per attività sportive, ricreative e culturali, al fine di offrire alternative significative al gioco d'azzardo. In concomitanza con l'erogazione del benefit, viene proposto al giocatore un questionario somministrato dall'operatore. Il questionario è del tutto anonimo e ha la finalità di indagare la dimensione emotiva associata al gioco, la frequenza e la durata delle sessioni, nonché le motivazioni che orientano la scelta di un determinato gioco o di una specifica sala, oltre che informazioni utili all'operatore per esaminare la tipologia di giocatore intercettato. Inoltre, si mira a rilevare l'eventuale presenza di comportamenti di gioco a rischio o problematici e il grado di consapevolezza rispetto all'esisten-

za di servizi di cura pubblici. Durante il counseling personalizzato che segue la compilazione del questionario gli operatori forniscono al giocatore consigli pratici finalizzati alla Riduzione del danno e, laddove necessario, si invita la persona a rivolgersi ai servizi territoriali di competenza per il trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Il progetto ha sviluppato strumenti informativi e di automonitoraggio più precisi e vicini alle esigenze dei giocatori. In particolare, è stata rilevata una crescente partecipazione dei giovani giocatori alle scommesse virtuali, modalità di gioco caratterizzata dalla puntata su eventi simulati. A questo scopo è stato recentemente elaborato un flyer informativo ad hoc mirato esclusivamente a questa tipologia di gioco.

Inoltre, per favorire l'automonitoraggio da parte dei giocatori, è stato elaborato il "Diario del giocatore" (fig.1), uno strumento cartaceo, anonimo e facilmente occultabile, pensato per favorire la consapevolezza rispetto ai propri comportamenti di gioco. Il diario è strutturato in due sezioni: nella parte sinistra il giocatore può annotare i propri propositi di gioco in termini di tempo e di denaro oltre allo stato emotivo antecedente l'attività di gioco; la parte destra, tenuta chiusa fino al termine della sessione, è invece dedicata alla registrazione effettiva del comportamento di gioco e delle emozioni associate. Gli operatori incoraggiano a condividere, telefonicamente o in presenza, il diario compilato: ciò facilita nel monitoraggio dei giocatori più assidui e permette ai giocatori stessi di cogliere in autonomia le differenze tra i propri propositi e i comportamenti agiti nella realtà, oltre a permettere loro di avere contezza oggettiva di quanto denaro investito e quanto perso nel gioco in un arco di tempo determinato.

La scelta dei contesti d'intervento

Dal punto di vista metodologico, la mappatura dei luoghi di gioco è stata potenziata mediante l'utilizzo dell'applicazione "Gioco Legale" dell'ADM, che consente una identificazione sistematica dei punti vendita autorizzati. Anche le osservazioni sul campo si sono evolute verso un approccio immersivo, con operatori che assumono il ruolo di clienti per raccogliere dati più accurati sulle dinamiche relazionali, organizzative e ambientali dei luoghi di gioco, trasformando l'osservazione in una pratica partecipativa capace di restituire una rappresentazione più fedele e articolata della realtà.

Nel corso dell'attività si è ritenuto opportuno ampliare i contesti di intervento includendo anche le tabaccherie, sebbene tali spazi abbiano evidenziato criticità legate all'assenza di anonimato e alla ridotta collaborazione dei gestori, soprattutto nei piccoli centri. Questo ha confermato come un approccio esclusivamente territoriale risulti inadeguato, poiché molti giocatori adottano condotte "migratorie" per sottrarsi al rischio di riconoscimento.

Le sale da gioco di maggiori dimensioni si sono invece rivelate i contesti più favorevoli, sia per l'elevata affluenza che per la possibilità di instaurare relazioni continuative. Tali setting consentono un monitoraggio più accurato, favorendo l'emersione di soggetti a rischio e l'aggancio di giocatori già in difficoltà ma ancora non orientati ai Servizi di cura.

L'osservazione ha inoltre messo in luce il ruolo cruciale del personale di sala per il quale l'esposizione continua al gioco d'azzardo rappresenta un fattore di rischio specifico e favorisce la possibilità di sviluppare stress e burnout quali sintomi riconducibili a possibile forma di malattia professionale. La progressiva collaborazione dei gestori, in alcuni casi evolutasi in una partnership attiva, conferma la necessità di un approccio sistemico che includa operatori, giocatori e lavoratori del settore nelle strategie di prevenzione e tutela della salute.

La popolazione incontrata da "Il Tempo è Denaro"

Nel triennio 2023–2025 il progetto “Il Tempo è Denaro” sul territorio dell’ASL T03 ha intercettato circa 17.000 persone. I dati confermano una prevalenza maschile stabile (circa il 70%), pur registrando nel 2025 un incremento relativo della componente femminile.

Per quanto riguarda l'età, (graf.2), oltre la metà dei giocatori intercettati appartiene stabilmente alla fascia 40-59 anni, ma emergono segnali di ampliamento sia verso i più giovani (18-39 anni), sia verso i più anziani (60-69 anni). Queste tendenze delineano un fenomeno in evoluzione che coinvolge progressivamente segmenti sempre più diversificati della popolazione

[illegible]

Grafico 1. Distribuzione Genere Complessivo

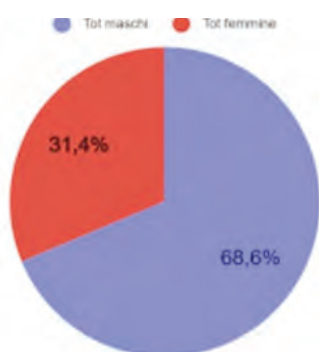
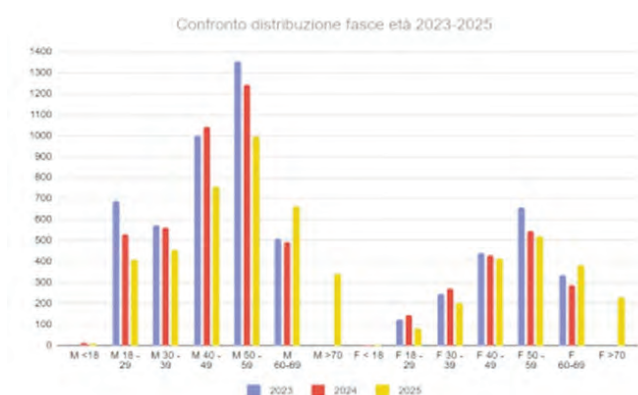


Grafico 2.

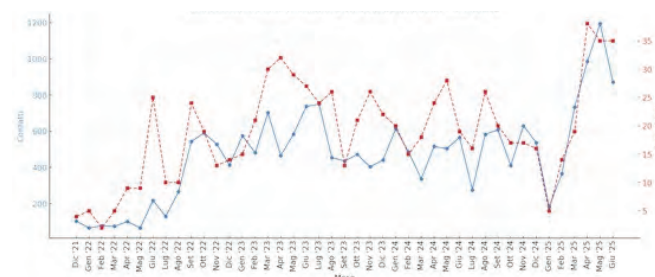


e sottolinea la necessità di strategie preventive e di Riduzione del danno differenziate per genere ed età. Graf. 2 Confronto Distribuzione Fasce Età 2023-2025 Per fornire un quadro più esaustivo dell'evoluzione del progetto nel tempo, si può osservare il Graf. 3 che mostra l'andamento mensile dei contatti e delle consulenze registrati nel periodo compreso tra dicembre 2021 (inizio dell'attività) e giugno 2025.

Dal grafico si osserva innanzitutto un progressivo incremento dei contatti che da valori inizialmente contenuti (meno di 150 unità mensili nel 2021–inizio 2022) raggiungono picchi molto elevati a partire dal 2023, con oscillazioni che si stabilizzano tra 400 e 700 unità mensili, fino ad arrivare ai massimi registrati nella primavera 2025 (oltre 1.100 contatti in aprile e 1.200 in maggio), visto anche il raddoppio delle postazioni. Tale andamento evidenzia una crescente capacità del progetto di intercettare la popolazione target nei contesti di gioco. Il periodo di gennaio/febbraio 2025 mostra una diminuzione di contatti e consulenze in quanto questi mesi sono stati dedicati, in concomitanza con il riavvio del progetto, all'osservazione e scelta dei nuovi contesti di intervento.

Le rilevazioni relative alle consulenze (asse destro) appaiono anch'esse in crescita, pur mantenendo valori assoluti più contenuti. Dopo una fase iniziale di avvio

Grafico 3. Andamento mensile di contatti e consulenze (Dic 2021 – Giu 2025)



(2021–inizio 2022) con numeri molto ridotti, dal 2023 si registra un incremento costante, che si consolida nel 2024 e trova la massima espressione nel 2025, con oltre 30 consulenze mensili. Il confronto tra le due linee mostra come, al crescere del numero complessivo dei contatti, aumenti anche la quota di consulenze erogate. In particolare, a partire dal 2023, le curve tendono a seguire un andamento parallelo, segnalando una migliore capacità di conversione dei contatti in percorsi di consulenza.

In sintesi, il grafico evidenzia due aspetti principali:

1. l'incremento progressivo della platea intercettata dal progetto, confermato dall'aumento dei contatti;
2. la maggiore efficacia nel trasformare i contatti in consulenze mirate, con una crescita proporzionale che si consolida negli anni più recenti.

Questi risultati suggeriscono una maturazione del modello operativo, capace non solo di raggiungere un numero sempre maggiore di giocatori, ma anche di favorire un importante aggancio relazionale attraverso interventi di consulenza.

Criticità dell'intervento

Alla luce dell'esperienza maturata in questi primi quattro anni, è possibile delineare alcune considerazioni sull'efficacia e sull'efficienza delle pratiche implementate dal progetto. Gli interventi di prossimità, realizzati al di fuori dei contesti formali di cura, hanno dimostrato la capacità di intercettare giocatori con un pattern di gioco a rischio o problematico che altrimenti non avrebbero avuto contatti con i Servizi per le Dipendenze, centrando quindi l'obiettivo di promuovere la conoscenza e l'accesso ai percorsi di supporto. La distribuzione di materiale informativo e di strumenti per l'automonitoraggio si è rivelata funzionale alla promozione dell'autoconsapevolezza sulle modalità di gioco, mentre l'approccio di contingency management ha facilitato l'aggancio iniziale dei giocatori stimolando processi di cambiamento che vanno oltre la mera erogazione di benefit, fungendo da catalizzatore di comportamenti più consapevoli.

Tuttavia, l'esperienza ha messo in luce alcuni limiti del

progetto. L'intervento mostra criticità nel coinvolgimento di specifici gruppi: i giovani adulti (18-30 anni), i migranti, a causa di barriere linguistiche e culturali e le donne, che subiscono maggiormente l'impatto dello stigma e che vengono maggiormente isolate dai giocatori presenti in sala, percepite come aliene da un pubblico maschile che, solitamente, è maggiormente rappresentato.

Un'ulteriore criticità riguarda l'aggancio dei giocatori online. L'attività di presidio davanti alle sale da gioco in denaro, in particolare presso le tabaccherie, ha permesso di far emergere una componente altrimenti poco visibile del fenomeno, quella dei giocatori che praticano il gioco d'azzardo in modalità telematica. Si tratta di un segmento in crescita, soprattutto tra le fasce più giovani della popolazione, caratterizzato da dinamiche, ritmi e modalità di offerta differenti rispetto al gioco fisico e associato a rischi specifici. Sebbene il progetto sia stato concepito per favorire l'incontro diretto con i giocatori in uno spazio "fisico", è innegabile che la tendenza generale si orienti verso una "piazza virtuale", non raggiungibile dal progetto "Il Tempo è Denaro" con gli strumenti attualmente a disposizione dello stesso. Proprio per questa ragione, appare sempre più rilevante esplorare e approfondire tale dimensione, al fine di sviluppare in futuro strategie mirate di prevenzione e riduzione del danno anche in contesti digitali.

Infine, la valutazione dell'effettivo cambiamento comportamentale dei giocatori risulta attualmente difficile a causa della natura episodica e intermittente dei contatti, rendendo complessa la misurazione dell'efficacia a lungo termine degli strumenti adottati. Ad oggi non è stato elaborato un programma di valutazione adeguato a monitorare l'efficacia degli specifici strumenti utilizzati.

In questo contesto la realizzazione di un disegno di ricerca rappresenterebbe un supporto strategico per lo sviluppo del progetto. Il "Il Tempo è Denaro" ha recentemente suscitato interesse nell'ambito dei Congressi in cui è stato presentato (in Italia e in Europa) favorendo possibili collaborazioni, non solo tra servizi e progetti con finalità simili, ma anche con ricercatori interessati alla specifica modalità operativa. "Il Tempo è Denaro" si configura così come un intervento innovativo che si avvale di strategie ritenute efficaci nell'ambito dei tradizionali interventi di Riduzione del danno ripensate e adattate ai contesti di gioco d'azzardo. Il progetto rappresenta inoltre un modello innovativo e di ricerca applicata, nel campo del gioco d'azzardo.



9.12

**AZZARDATAMENTE LIBERI,
A.LI. 3.0****Lencioni S. *, Cerrai E.***Azienda USL Toscana Nord-Ovest/UF SerD Piana di Lucca
~ Lucca ~ Italy*

Contrasto al gioco d'azzardo patologico e altre dipendenze comportamentali, promuovendo la prevenzione e la sensibilizzazione tra adolescenti, famiglie, educatori e la cittadinanza.

Il progetto A.LI. 3.0 (Azzardata-mente Liberi) è un progetto di prevenzione e sensibilizzazione su gioco d'azzardo e altre dipendenze comportamentali; mira a informare, prevenire e creare consapevolezza sul gioco d'azzardo e sulle dipendenze digitali; attraverso formazione, sensibilizzazione e interventi concreti, vogliamo dare ai giovani e alle loro famiglie strumenti efficaci per contrastare il rischio di addiction e promuovere un uso più sano della tecnologia.

L'iniziativa è promossa da Azienda USL Toscana Nord Ovest, che si impegna da alcuni anni nella realizzazione di progetti di prevenzione grazie ai fondi previsti dai Piani Regionali per la prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi legati al gioco d'azzardo. A.LI. 3.0 si inserisce all'interno del Piano Regionale 2024/2026 della Regione Toscana e nasce da un tavolo di co-progettazione tra pubblico e privato, integrazione richiesta proprio dalla delibera regionale. Questa integrazione ha visto in primis la collaborazione tra le tre Zone Distretto della Provincia di Lucca (Versilia, Piana di Lucca e Valle del Serchio) e successivamente il coinvolgimento di enti del Terzo Settore (ETS), tra cui Auser comprensoriale Lucca e Versilia, C.RE.A Società Cooperativa Sociale, Fondazione Ceis Lucca e Zefiro Impresa Sociale, che in una sinergia di pensiero e risorse, hanno definito e messo in atto le diverse anime del progetto.

Nello specifico, sono cinque le azioni definite e sviluppate (alcune ancora in fase di svolgimento o da realizzare):

AZIONE 1: Sensibilizzazione della popolazione

AZIONE 2: Formazione e prevenzione per educatori, insegnanti e operatori

AZIONE 3: Interventi educativi nei centri giovani e nelle scuole

AZIONE 4: Creazione di una rete territoriale di supporto

AZIONE 5: Evento finale provinciale

Per quanto riguarda la sensibilizzazione della popolazione e portare quindi il tema del gioco d'azzardo all'attenzione del grande pubblico, il progetto ha previsto una campagna di sensibilizzazione teatrale, affidata agli attori della compagnia teatrale Ygramul, che hanno replicato, in diversi contesti pubblici consolidati, come ad esempio la manifestazione lucchese Verdemura, sketches brevi e coinvolgenti tratti dal loro già conosciuto spettacolo teatrale "Gamb&Ling", che rappresentano in modo divertente temi legati alle distorsioni cognitive e alle false credenze sul calcolo delle probabilità di vincita e sul ruolo del giocatore. Parallelamente, sono stati coinvolti anche gli anziani, grazie alla rete di AUSER, con incontri dedicati nelle parrocchie e nelle piccole associazioni locali e con uno spettacolo teatrale a loro dedicato dal titolo "Noi, il chiaro e l'oscuro" (uno spettacolo di musica e parole con la tecnica dello psicodramma).

La parte progettuale dedicata alla formazione ha previsto innanzitutto l'allineamento delle competenze e degli approcci di operatori, educatori e animatori degli ETS coinvolti, nonché di mettere in contatto gli stessi con gli operatori dei SerD delle tre zone promotrici, organizzando incontri formativi condotti da quest'ultimi su temi come adolescenza, gioco d'azzardo, dipendenze da sostanze, dipendenze digitali e promozione delle life skills. Contemporaneamente sono state organizzate tre giornate formative rivolte a formatori e professionisti del Servizio Pubblico per approfondire tematiche di rilevante attualità con esperti nazionali come Daniele Novara, Alberto Pellai, Massimo Lussignoli e Laura Petrini del Centro Psico Pedagogico (CPP).

Conclusa la fase formativa, le attività del progetto si sono aperte agli ambiti più pratici ed esperienziali, attraverso gli interventi educativi nei centri giovani e nelle scuole, coinvolgendo ragazzi dai 12 ai 21 anni. I centri giovani (coinvolti almeno 12 centri di aggregazione giovanile, con un impatto stimato su 200 ragazzi e le loro famiglie) hanno organizzato percorsi di 10 incontri con attività per stimolare la partecipazione e promuovere l'uso consapevole degli strumenti digitali. Nelle scuole invece sono stati organizzati percorsi con focus specifico su gioco d'azzardo online e trading tra adolescenti e tre giornate Smart Detox, ossia in "disconnessione," dove l'obiettivo è astenersi dall'utilizzo di dispositivi elettronici come smartphone, tablet o piattaforme di social media e ristabilire un equilibrio tra digitale e reale.

L'azione 4, ossia la creazione di una rete territoriale di supporto, ha lavorato sui due fronti coinvolti: da un

lato la sensibilizzazione dei gestori di locali con gioco d'azzardo lecito, attraverso corsi di formazione in collaborazione con le associazioni di categoria, al fine di riuscire ad intercettare il prima possibile quelli che possono essere i giocatori problematici e indirizzarli verso i servizi di cura; dall'altro attivare nuovi percorsi proprio nei servizi SerD per giocatori patologici e le loro famiglie e rafforzare la rete tra servizio pubblico, associazioni del Terzo Settore e gruppi di mutuo aiuto. A fine 2025, il progetto si concluderà con un grande evento finale per tutta la Provincia di Lucca, con la presentazione dei risultati del progetto, uno spettacolo rivolto ai giovani, con artisti di richiamo nazionale e ulteriori approfondimenti su gioco d'azzardo e comunicazione consapevole.

Tra le attività dedicate ai più giovani, può configurarsi come una sorta di spin off dell'azione 3 l'iniziativa ideata e promossa dal SerD della Piana di Lucca, che ha scelto di realizzare all'interno dei propri ambulatori un Laboratorio di educazione e benessere digitale (DJLab, Laboratorio Digital-Jungle), rivolto ai suoi utenti più giovani. L'idea nasce dalla consapevolezza di quanto sia presente e permeante il mondo on line nella vita di tutti, in particolare dei giovanissimi; l'obiettivo è offrire uno spazio di riflessione e confronto, provando a riconoscere le contrapposizioni e i paradossi del mondo digitale, approfondendo alcuni argomenti specifici, come la percezione del "tempo on line", la "pubblicità", il "gaming", ed i "social network". La progettazione e la conduzione del laboratorio ha visto ancora una volta l'integrazione tra pubblico e privato, servizio SerD e ETS Impresa Sociale Zefiro; in particolare hanno partecipato alla progettazione gli operatori SerD Sara Lencioni Psicologa, Elena Baroncelli Assistente Sociale, Lucia Federici Educatore Professionale ed Elisa Cerrai Psichiatra, insieme a Camilla D'Achille Psicologa Zefiro, Emiliano Contini Educatore Professionale; il perfezionamento dei contenuti e la conduzione dei laboratori è stata affidata alle psicologhe Sara Lencioni e Camilla D'Achille. Il laboratorio è organizzato in cicli di quattro incontri a cadenza settimanale di un'ora e mezzo; è prevista una fase preliminare di raccolta dati (tramite questionario), necessaria per reclutare i ragazzi e modulare i contenuti teorici della prima parte dei singoli incontri; la seconda parte, più dinamica ed esperienziale, prevede un coinvolgimento attivo dei ragazzi partendo da stimoli specifici, come ad esempio la proiezione di filmati o una sessione live di gaming tra i partecipanti, per sollecitare una lettura più critica di alcuni fenomeni che passano inosservati (avvengono spesso in modo implicito) e un approccio più consapevole alle dinamiche sottostanti dei contenuti web e social. I ragazzi, inizialmente titubanti, hanno confer-

mato ancora una volta quanto la dimensione grupppale favorisca la creazione di uno spazio "altro" dove iniziare ad esprimersi ed affermarsi, attivando confronto e comprensione reciproci. I temi trattati hanno stimolato discussioni e la condivisione di esperienze personali, anche dai più riservati.

Il laboratorio si è imposto all'interno del servizio come uno spazio del tutto nuovo, che va oltre i protocolli standard di cura e di intervento proprio per l'argomento trattato; l'obiettivo è iniziare ad offrire strumenti e conoscenze per intervenire precocemente su fattori che noi sappiamo essere di rischio per lo sviluppo di ulteriori problematiche in soggetti già vulnerabili; alla base c'è l'interrogativo continuo e costante su quale sia l'approccio migliore al paziente, specie al più giovane, e quindi modellare un'offerta di cura sempre più attenta ai nuovi bisogni e alle diverse disponibilità al trattamento. La maggior parte dei giovani che afferiscono ai nostri servizi non porta una domanda, ma necessita inequivocabilmente di una risposta, di un aiuto, di un intervento. Tradurre in parole una domanda non verbalizzata, probabilmente nemmeno consapevole, e trovare una risposta adeguata ed efficace significa spesso attingere ad un linguaggio ancora da inventare.

Link del progetto: <https://progettoali.it>
In allegato locandina del progetto.



9.13

**CENTRO ATTIVITÀ PROMOZIONE
SALUTE DELLA REGIONE PIEMONTE
(C.A.P.S.)****Un Centro Regionale costruito
in coprogettazione tra Azienda
Sanitaria Locale ed Enti del Terzo
Settore in una logica di interventi
di prossimità**

Un luogo dove studenti ricevono percorsi educativi con caratteristiche esperienziali; uno spazio di pensiero e di incontri formativi generativo di progetti ed attività di promozione della salute; un'organizzazione integrata tra pubblico e privato in un sistema di coprogettazione

Dott. Roberto Fiorini - Educatore Professionale referente C.A.P.S.

Dott.sa Nadia Gennari - Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale Nuove Dipendenze Onda 1

Dott. Flavio Vischia - Direttore Dipartimento Integrato Dipendenze ASL Città di Torino

La Regione Piemonte ha dato mandato al Dipartimento Integrato delle Dipendenze dell'ASL Città di Torino di realizzare e coordinare un Centro Regionale volto alla:

- realizzazione di percorsi didattici esperienziali nell'ambito della prevenzione da dipendenze comportamentali e da sostanze legali, rivolti a ragazzi dai 6 ai 19 anni e agli adulti di riferimento (genitori, insegnanti ed operatori dei Servizi)
- costruzione e manutenzione delle reti dei diversi Servizi della Regione che si occupano di prevenzione
- promozione delle diverse iniziative sui temi della prevenzione e della salute che si realizzano nei vari territori della Regione Piemonte in connessione con il mondo della scuola.

Il C.A.P.S. è attivo dal settembre 2022 e si trova a Torino in Corso Trento 13.

Coprogettazione

I Dipartimenti delle Dipendenze, della Prevenzione e gli Enti del Terzo Settore della Regione Piemonte lavorano da anni sulle tematiche di promozione della salute attraverso importanti progetti sostenuti da metodolo-

gie consolidate come la peer education, progetti di rinforzo delle life skills ed interventi con gli adulti di riferimento.

Il C.A.P.S. si inserisce nella rete torinese e regionale di servizi che a titolo diverso si occupano di tematiche di prevenzione e promozione della salute in continuità con gli obiettivi di integrazione tra le varie azioni del Piano Prevenzione Regionale (PPR).

Il C.A.P.S. si propone come uno spazio pubblico di riferimento cittadino e regionale per la Scuola, gli Enti Locali, gli Enti del Terzo Settore e Associazioni e, più in generale, per gli adulti di riferimento che a vario titolo si occupano della crescita dei giovani (insegnanti, genitori, animatori, educatori).

Dal punto di vista progettuale ed organizzativo dopo una prima fase in cui l'affidamento dei servizi avveniva tramite procedura a evidenza pubblica (bando), a partire dal 2025 si è scelto di adottare un approccio di coprogettazione che ha trasformato la relazione tra ente pubblico e soggetti del Terzo Settore favorendo la collaborazione con una più ampia condivisione di obiettivi, responsabilità e processi decisionali.

Il cambio di prospettiva è coerente con la mission delle politiche pubbliche e dei servizi alla persona, che promuovono forme di relazione fra i soggetti in campo di tipo collaborativo e non competitivo.

Questo approccio collaborativo consente di superare la tradizionale distinzione tra programmazione pubblica e attuazione privata, promuovendo un processo partecipativo in cui tutti gli attori coinvolti contribuiscono attivamente alla definizione degli obiettivi, alla progettazione delle azioni e alla valutazione dei risultati. L'esperienza della coprogettazione valorizza le competenze e la prossimità territoriale degli enti del Terzo Settore (E.T.S.), rafforzando la capacità delle istituzioni pubbliche di rispondere in modo più efficace ai bisogni complessi e mutevoli delle comunità.

Il gruppo di lavoro che ha co-progettato e che ora gestisce il C.A.P.S. è costituito da operatori del servizio pubblico e da operatori del privato sociale accreditato.

Attività del C.A.P.S.

Attualmente l'attività del CAPS comprende:

1. **PROX EXPERIENCE:** percorsi educativi con caratteristiche esperienziali, relazionali e didattiche della durata di 5 ore rivolti agli studenti sui temi delle tecnologie (videogames, web, social media), uso di alcol e gioco d'azzardo.

Un progetto che si fonda sull'apprendimento esperienziale come "un processo in cui la conoscenza viene creata attraverso la trasformazione dell'esperienza"

(Kolb, D. et al., *Organizational Behavior: an experiential approach*, 1971, 7, 2001).

Una metodologia efficace poiché stimola l'apprendimento secondo modalità partecipative, inclusive e accessibili adattandosi alle esigenze dei partecipanti e alla loro capacità attentiva.

Mette al centro del processo di apprendimento l'individuo e consente di svilupparne le life skills e modificare il sistema di atteggiamenti e comportamenti personali e di gruppo.

Tale processo facilita la riflessione attraverso l'esperienza diretta, trasformando l'azione in apprendimento. Per principi analoghi, le proposte fatte sono intrise di gamification per cui, attraverso l'utilizzo di meccaniche tipiche dei videogiochi come punteggi, sfide, ricompense e progressione di livelli, si rende l'apprendimento più dinamico e coinvolgente.

Questa metodologia non si limita a trasmettere nozioni, ma promuove esperienze significative: i partecipanti diventano protagonisti, sviluppano competenze di problem solving, sperimentano le conseguenze delle proprie scelte in contesti simulati e apprendono strategie di resilienza. Inoltre, il gioco favorisce la cooperazione e la costruzione di reti sociali positive, rafforzando quei fattori protettivi che riducono il rischio di avvicinarsi a comportamenti dannosi.

In un'epoca in cui la tecnologia è parte integrante della vita quotidiana, sfruttare le dinamiche ludiche significa parlare il linguaggio dei giovani, stimolare la curiosità e potenziare la consapevolezza.

La gamification, se progettata con attenzione scientifica e finalità educative chiare, non è un semplice intrattenimento, ma uno strumento potente per rendere la prevenzione più accessibile, memorabile ed efficace.

PROX EXPERIENCE comprende:

Prox Experience Gambling & Dreams rivolto alle classi IV delle Scuole Secondarie di Secondo Grado con gli obiettivi di:

- veicolare una corretta informazione sulla struttura nascosta dei giochi d'azzardo al fine di sviluppare un senso critico rispetto al gioco come prodotto commerciale
- implementare consapevolezza sugli aspetti dell'essere umano sui quali fanno leva i giochi d'azzardo per essere commercialmente appetibili ed agganciare le persone alla reiterazione dell'attività di gioco
- favorire una riflessione consapevole sulle dinamiche dell'attività di gioco, sul significato della relazione con questo e sugli aspetti emotivi che ne vengono coinvolti
- creare spazi di confronto sul tema

Il percorso si suddivide in tre parti. La prima consiste in una fase di accoglienza dei ragazzi che vengono

coinvolti in un'attività ludica interattiva per una prima loro conoscenza e per comprendere il livello di conoscenza e confidenza che hanno rispetto ai giochi d'azzardo e alla loro diffusione.

Nella seconda parte il gruppo classe viene suddiviso in tre piccoli gruppi, al fine di lavorare meglio ed avviare una mini-relazione con gli operatori conduttori.

Ogni sottogruppo viene coinvolto nel gioco da tavolo Wallet Game, gioco in cui si chiede ai ragazzi di immeddesimarsi in una famiglia che deve arrivare alla fine del mese con un patrimonio dato (il corrispettivo di due stipendi medi) e un obiettivo da raggiungere (es. potersi permettere un weekend di famiglia al mare). Le scelte da prendere devono prevedere anche i gradienti che ne caratterizzano il significato, ovvero casa (intesa come necessaria al mantenimento), salute e piacere.

I ragazzi quindi si trovano a dover ragionare e confrontarsi sulla gestione economica e a prendere consapevolezza su:

- la gestione del quotidiano tra istanze di piacere e di contenimento delle spese;
- mediazione, negoziazione e cooperazione di gruppo nell'adottare strategie di gestione del denaro;
- aleatorietà del gioco e probabilità di vincita;
- distorsioni cognitive sottostanti al gioco d'azzardo.

La terza parte prevede la progettazione di un Gratta&Vinci da parte di un'ipotetica agenzia di produzione di giochi d'azzardo con le logiche di profitto da mantenere in quel ruolo e i necessari artifici e inganni che il gioco deve avere nella sua struttura per rendersi appetibile a livello commerciale. L'attività ha gli obiettivi di:

- analizzare le dinamiche sottostanti alle proposte presenti sul mercato in termini di sistema premiante, bias cognitivi ed informazioni selettive svelando gli aspetti emotivi ed ingannevoli su cui insistono i gratta & vinci, e tutti i giochi d'azzardo in genere, per essere così accattivanti.

Prox Experience Alcol & Friends rivolto alle classi II delle Scuole Secondarie di Secondo Grado con gli obiettivi di:

- veicolare una corretta informazione sulla storia e sulla cultura del bere, sulle caratteristiche della sostanza alcol, sui suoi effetti e sui tempi di assorbimento, con particolare riferimento ad eventuali mix tra diverse tipologie di bevande alcoliche e/o con altre sostanze;
- aumentare consapevolezza sui rischi derivanti dall'abuso di alcol e sugli aspetti legali inerenti ad eventuali comportamenti in stato di ebbrezza;
- favorire una riflessione sul significato della motivazione al bere, sugli aspetti emotivi che ne vengono coinvolti e sulle strategie che si possono adottare per

sostenere l'eventuale pressione del contesto (es. gruppo dei pari, ambienti, situazioni aggreganti)

Il percorso si articola in diversi momenti. Il primo momento prevede una fase di accoglienza nella quale, con un'attività di visual, si lavora sui concetti di Dopamina, Ossitocina, Serotonina e Endorfina (D.O.S.E.) chiedendo loro di esprimere la loro DOSE di benessere. L'obiettivo è di far emergere come questi neurotrasmettitori, collegati alla dimensione del piacere e del benessere e generalmente attivati dall'uso di sostanze, possono essere collegati anche ad altre esperienze di vita.

Successivamente la classi viene suddivisa in tre gruppi ed ogni gruppo va in gita in una città diversa: Praga, Berlino e Barcellona.

La gita simulata è un escamotage utilizzato per proporre ai tre sottogruppi dei laboratori su:

- false credenze e sui luoghi comuni in merito ad effetti e conseguenze sull'uso dell'alcol;
- ipotetiche strategie di riduzione del tasso alcolemico e distorsioni di corrette informazioni.

Rischio e limite con attività di confronto sul significato dell'uso di alcol e condivisione di esperienze dirette a partire da situazioni di rischio in cui ci si può trovare in contesti di divertimento e sulla ricerca di possibili strategie e problem solving.

Simulazione dello stato di ebbrezza e sperimentazione della posizione laterale di sicurezza in situazioni di forte intossicazione.

Spazio info su caratteristiche della sostanza alcol e sui mix con altre sostanze psicoattive oltre che sul tema della sessualità (prevenzione da Infezioni Sessualmente Trasmesse).

Alcol & Guida attività di sensibilizzazione ed informazione sugli aspetti legali e di rischio per la salute, propria e degli altri, in merito al tema della guida in stato di ebbrezza.

Prox Experience Social & Technology rivolto alle classi II delle Scuole Secondarie di Primo Grado con gli obiettivi di:

- favorire una riflessione consapevole sulle dinamiche e sul significato dell'uso delle nuove tecnologie, con particolare riferimento agli impliciti comportamenti che sottostanno al loro utilizzo;
- implementare consapevolezza e sguardo critico sull'impatto che le nuove tecnologie hanno nella vita, nelle relazioni quotidiane e nella cultura delle persone che ne fanno ampio uso;
- creare spazi di confronto su opportunità e rischi dell'uso delle nuove tecnologie, con particolare riferimento all'uso del web, dei social networks, degli smartphones e dei videogames.

Il percorso prevede un primo momento di accoglienza e conoscenza con un'attività volta a far emergere gli aspetti di benessere nella loro vita (cosa li fa stare bene). e poi vengono divisi in due sottogruppi.

Nella seconda parte dove la suddivisione in due sottogruppi, si propone a ciascuno sottogruppo di fare esperienze in due diverse sale:

Sala del tempo: dove sono collocati reperti tecnologici in una sorta di museo della comunicazione e delle tecnologie, con cui i ragazzi interagiscono per fare esperienza e storia delle relazioni e delle comunicazioni con le vecchie tecnologie (es. telefono grigio, giradischi, macchina da scrivere ecc...).

Sala Gaming: dove viene fatta un'esperienza di gioco a videogames con due diverse caratteristiche (competitivo e collaborativo). Al termine dell'esperienza di gioco si fa un debriefing dei propri stati emotivi e corporei che hanno attraversato l'attività di videogioco.

La terza parte del percorso vede i due sottogruppi riunirsi in gruppo classe per affrontare un laboratorio sulle life skills. Un gioco a squadre che consente l'individuazione e definizione delle competenze di vita che sono fattore protettivo anche negli ambienti digitali. Con piccole attività ludiche si cerca di far direttamente esperienza delle diverse life skills, così che i ragazzi ne introiettino la presenza e la possibilità di farvi affidamento in caso di fronteggiamento di situazione a rischio di malessere.

Prox Experience Social & Technology prevede un secondo momento in classe la settimana successiva a scuola dove vengono svolte due attività:

- Contesti dove ci si concentra sull'opportunità di condividere alcuni contenuti e/o immagini personali in diversi contesti e con quale significato
- Messaggi che vorrei/non vorrei ricevere: dove si consente ai ragazzi di esprimere aspettative, desideri ed eventuali esperienze negative nello stare nell'universo dei social e come reagire a certe situazioni.

Tab. dati Caps 1 - settembre 2024/agosto 2025

	STUDENTI	Insegnanti/ Operatori	CAPS	CAPS+incontro a SCUOLA
AS 2024/2025				
Prox Experience Social & Technology	910	87	42	70
Prox Experience Alcol & Friends	732	61	36	
Prox Experience Gambling & Dreams	538	40	31	
TOT	2180	188	109	137
Interventi Prox Experience sul Territorio	239	8		11
Interventi Prox Experience per contesti extrascolastici (centri diurno disabili, centri estivi per giovani fragili)	26	6	3	
Interventi di supporto a percorsi di Peer Education	244	35	6	
TOT	2689	237	118	154

2. PROMOZIONE DI UNA STRATEGIA COORDINATA DI PROGETTI, AZIONI ED INTERVENTI dei diversi Servizi della Regione Piemonte che a vario titolo si occupano di prevenzione.

Vengono gestiti di spazi atti ad ospitare eventi formativi ed informativi rivolti ad operatori sociosanitari ed agli adulti di riferimento dei giovani. Sono stati ospitati eventi formativi inerenti le buone pratiche raccomandate dalla Regione Piemonte come: Unplugged, Diari di Salute e Un Patentino per lo Smartphone.

Tab. dati Caps 2 - settembre 2024/agosto 2025

	PARTECIPANTI	FORMAZIONI	INTERVENTI
Eventi Formativi ed informativi per Adulti	1.093	32	41

3. SUPPORTO A PROGETTI ED ATTIVITÀ DI PEER EDUCATION presenti nella Regione Piemonte.

Ad esempio, si citano il Progetto Peer sperimentale su affettività, sessualità e tematiche LGBTQIA+ in collaborazione con ASLTO4 e ASLCN2, APPazzardo progetto sperimentale rivolto a peer educator (giornate residenziali di formazione e coprogettazione operatori e peer) in collaborazione con ASLVCO e progetto Peer Senior Make a Video

Peer Senior Make a Video ha gli obiettivi di:

- Promuovere la peer education e la media literacy attraverso la produzione di video informativi e formativi.
- Informare i giovani sui temi della dipendenza da sostanze e da comportamenti
- Favorire la partecipazione attiva dei giovani nella creazione di contenuti.

I destinatari sono gli studenti delle classi Secondarie di Secondo Grado della Regione Piemonte.

Gli esiti attesi sono 5 video di promozione della salute da divulgare in presentazioni pubbliche della metodologia della peer education, contesti di interventi di prevenzione (con l'eventuale partecipazione dei ragazzi che hanno concretamente prodotto il video), canali social e nelle scuole laddove i servizi che operano ne ritengano opportuna la visione.

4. COSTRUZIONE DI RETI CON I SERVIZI TERRITORIALI per attivare connessioni tra gli interventi di prevenzione e diffondere buone prassi ed interventi evidenced-based con i progetti Beata Conoscenza, Wallet Game e WAS - What's at stake

Beata Conoscenza è uno spettacolo teatrale che il

CAPS ha offerto e promosso nei territori delle 12 Asl piemontesi, in considerazione dei bisogni emersi di approfondimento relativo alle tematiche delle relazioni affettive e della sessualità, con particolare riferimento ai temi dell'HIV e delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST). Lo spettacolo ha gli obiettivi di:

- Informare sui pericoli e superare i luoghi comuni legati alla trasmissione dell'HIV e delle IST.
- Attivare riflessioni sui temi del rispetto dell'altro e del consenso.

I destinatari sono gli studenti delle classi Secondarie di Primo e Secondo Grado della Regione Piemonte.

Wallet Game costruzione di uno strumento utilizzabile da operatori e/o adulti di riferimento in interventi di prevenzione e nei vari territori della Regione. Il gioco in versione sia digitale, che da tavolo è la simulazione verosimile di vita familiare ricostruita attraverso un gioco di ruolo con caratteristiche fortemente pedagogiche ed esperienziali.

Gli obiettivi del gioco sono:

- Incrementare la consapevolezza nella gestione del denaro
- Potenziare le life skills (in particolare il decision making, il problem solving e la consapevolezza di sé)
- Sviluppare l'autoefficacia al fine di contrastare la pressione sociale, dei pari e quella esercitata dal mercato
- Ridurre il contributo del pensiero magico nei processi di decision making
- Aumentare la percezione del rischio nell'ambito del gioco d'azzardo e identificare i messaggi manipolatori proposti dal gioco d'azzardo

I destinatari dello strumento sono gli adulti di riferimento, ma i destinatari del gioco sono gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado.

WAS - What's at stake Prevenire l'abuso di gioco d'azzardo tra gli adolescenti

È un programma di prevenzione universale nel contesto scolastico nato in Spagna dalla collaborazione tra l'Università Miguel Hernández, la scuola e la società civile. Si tratta di un programma validato che consiste in una serie di attività di gruppo pensate per giovani di 14-17 anni da svolgersi con l'aiuto di un facilitatore. La prima edizione del programma è stata implementata nel 2019. Nello stesso anno è stata svolta anche la prima valutazione. Nel biennio 2020-21 è stata implementata la seconda edizione insieme alla seconda valutazione del programma. Nel 2022 il programma è stato accreditato come best practice a livello nazionale dal Ministero della Sanità e a livello europeo dalla Direzione Generale di Salute Pubblica¹. Il programma si

basa su 4 principi:

1. non direttivo, i contenuti non vengono trasmessi in modo verticale;
2. partecipativo, prevede il coinvolgimento attivo dei partecipanti;
3. pensiero riflessivo, favorisce la rielaborazione individuale e di gruppo;
4. manualizzato, può essere replicato in modo standardizzato, elemento fondamentale per valutarne l'efficacia.

I destinatari sono studenti dai 14 ai 17 anni.

5. **GESTIONE DI PAGINE SOCIAL** con gli obiettivi di: entrare in contatto con l'universo giovanile e i loro adulti di riferimento; comunicare informazioni corrette sui rischi e le conseguenze da abuso di sostanze, legali e non; proporre una serie di strumenti educativi utili per operatori ed insegnanti nella relazione con i loro giovani; presidiare lo spazio dei social e del mondo della rete come luoghi utilizzati per la diffusione di saperi e informazioni; promuovere e pubblicizzare le attività e i progetti del CAPS e dei Servizi ed Enti ad esso collegati.

Instagram: https://www.instagram.com/caps_centro-regionale

Facebook: <https://www.facebook.com/Proxexperience>

Tab. dati Caps 3 - settembre 2024/agosto 2025

	Contenuti post, reel e stories	Visualizzazioni
FACEBOOK	61	4187
INSTAGRAM	105	13139 (dato relativo ai soli giugno, luglio e agosto)

Sistema di valutazione

È attiva una collaborazione con l'Istituto di Ricerche Economiche Sociali del Piemonte (IRES) per costruire un sistema di monitoraggio e valutazione dei progetti e della gestione delle attività del CAPS. Gli interventi realizzati presso il CAPS sono già sostenuti dalla letteratura scientifica e dotati di propri processi e strumenti di valutazione. Tali strumenti sono finalizzati a misurare l'efficacia attraverso rilevazioni (pre/post) delle modificazioni indotte nei destinatari sul piano delle percezioni, conoscenze, competenze e consapevolezza dei rischi.

La collaborazione con l'IRES prevede:

- supporto alla definizione degli strumenti di valutazione da utilizzarsi presso il CAPS per l'analisi dell'impatto delle attività proposte;
- analisi (prevalentemente qualitativa) delle attività

laboratoriali ed esperienziali proposte ai ragazzi dai 6 ai 19 anni e agli adulti significativi quali genitori, insegnanti ed operatori dei Servizi, al fine di un miglioramento continuo delle attività di prevenzione offerte dal servizio pubblico;

- supporto alla ricerca delle migliori evidenze scientifiche e/o buone prassi nell'ambito della prevenzione delle dipendenze comportamentali;

- supporto nella definizione di eventuali iniziative di formazione, comunicazione, divulgazione e disseminazione relative alle tematiche della prevenzione delle dipendenze comportamentali.

Il CAPS e l'IRES Piemonte, Area Salute e sviluppo del sistema sanitario, metteranno a disposizione le proprie risorse al fine di favorire la collaborazione reciproca in attività di analisi che potrà concretizzarsi in studi, ricerche, analisi e attività di comunicazione.

In conclusione, il Caps è un luogo dove i protagonisti sono i ragazzi a cui sono rivolti il primo e l'ultimo dei pensieri progettuali. Uno spazio di incontri tra professionisti e competenze, in cui poter ottimizzare le risorse ed esprimere le proprie culture ed appartenenze professionali; un ambiente fresco e creativo, dove le competenze educative vengono agite in modo gamificato, ma consapevole degli obiettivi di prevenzione da raggiungere.



Area tematica 10

SESSUALITÀ ED USO DI SOSTANZE Non solo Chem sex

10.1

LETTURA FENOMENOLOGICA DEL CHEMSEX IN CONTESTI ETEROSESSUALI

Borsani C.*

SerD Magenta ~ Magenta ~ Italy

Nella clinica ho osservato un numero crescente di pazienti eterosessuali che riportano l'uso di sostanze durante l'attività sessuale, in modalità riconducibili al fenomeno del chemsex. Porto un caso clinico dando una lettura fenomenologica al fenomeno per offrire spunti di riflessione su aspetti diagnostici, psicopatologici e di trattamento.

Letture fenomenologica del chemsex in contesti eterosessuali.

Negli ultimi anni, il fenomeno del chemsex, ossia l'uso di sostanze psicoattive in contesti sessuali per intensificare o prolungare l'esperienza, ha attirato crescente attenzione nella letteratura scientifica, soprattutto all'interno della comunità MSM (uomini che fanno sesso con uomini). Tuttavia, nella mia esperienza clinica quotidiana ho avuto modo di osservare come questa pratica si stia progressivamente diffondendo anche tra persone eterosessuali, spesso in modo silenzioso e poco documentato. Questo articolo nasce dall'esigenza di condividere un caso clinico emblematico, che possa contribuire a far emergere la realtà di un fenomeno ancora largamente sottovalutato in ambito eterosessuale, con l'obiettivo di stimolare una riflessione più ampia sulle implicazioni diagnostiche, terapeutiche e di prevenzione.

L'approccio fenomenologico si rivela particolarmente utile per offrire una lettura approfondita del fenomeno del chemsex, poiché permette di cogliere l'esperienza soggettiva dei pazienti, le motivazioni profonde e le

dinamiche emotive che sottendono all'uso di sostanze in contesti sessuali. Attraverso questa prospettiva, è possibile superare la mera descrizione clinica, comprendendo il significato personale e sociale che il chemsex assume per ciascun individuo.

La fenomenologia può chiarire come la sessualità e la tossicodipendenza si intrecciano nella soggettività dell'individuo.

Il Chemsex come Esperienza Corporea e Sensibile

La fenomenologia, in particolare quella di Maurice Merleau-Ponty, dà grande importanza al corpo come fondamento della percezione e dell'esperienza. Nel caso del chemsex, il corpo è il principale veicolo dell'esperienza sessuale e al contempo è il mezzo per la modificazione dell'esperienza (percezione corporea, la sensazione di piacere e la connessione con l'altro) tramite l'uso delle sostanze.

L'uso di droghe come il GHB o la metanfetamina provoca una forte modificazione delle percezioni sensoriali, rendendo il corpo più sensibile al tatto, al piacere e alla stimolazione. Tuttavia, ciò può anche significare una disconnessione tra il corpo e la mente, creando una distanza tra l'esperienza fisica e quella emotiva. Nel chemsex, il corpo diventa un oggetto di desiderio e uno strumento attraverso il quale l'individuo cerca di raggiungere il piacere estremo. La sostanza agisce come una sorta di "trasformazione" del corpo, dove l'esperienza sessuale non è più una semplice interazione tra due corpi, ma una ricerca intensificata di sensazioni e stimolazioni estreme.

Il Chemsex come Ricerca di Senso e Fuga dall'Incertezza Esistenziale

La fenomenologia di Jean-Paul Sartre e Martin Heidegger esplora l'idea che l'essere umano è sempre in una condizione di angoscia esistenziale e di ricerca di significato. In questo contesto, l'individuo con pratiche di chemsex può cercare nel sesso e nelle droghe una risposta a domande esistenziali, al vuoto interiore o alla difficoltà di affrontare il proprio essere nel mondo.

Il chemsex può essere visto come una strategia per evitare il confronto con il proprio essere e la propria vulnerabilità emotiva, ovvero come fuga dall'angoscia esistenziale. L'uso di sostanze, insieme all'attività sessuale, permette di "evadere" dalla realtà quotidiana, offrendo una forma di compensazione temporanea per la mancanza di significato e di soddisfazione emotiva. Le pratiche di chemsex potrebbero riflettere una ricerca di piacere come risposta al vuoto. Le sostanze amplificano il piacere fisico, ma non risolvono la frustrazione psicologica e emotiva sottostante. La ricerca di inten-

sità sessuale diventa un modo per cercare un significato immediato, che è fugace e superficiale, e che lascia inalterato il bisogno profondo di connessione emotiva e di autenticità.

Il Chemsex e la Temporalità dell'Esperienza Sessuale

La fenomenologia del tempo in filosofia esplora come gli esseri umani vivono il tempo, come il presente e la memoria interagiscono con la futura attesa. Nel caso del chemsex, il tempo e la percezione del presente sono alterati dall'uso delle sostanze, creando un'esperienza di sospensione del tempo o di prolungamento dell'intensità.

Le droghe possono rallentare il flusso del tempo, creando una sensazione di prolungamento dell'esperienza sessuale. Le persone che praticano il chemsex possono sperimentare una disconnessione dal tempo cronologico, in cui l'atto sessuale sembra estendersi all'infinito e il presente diventa l'unico riferimento, come se il tempo stesso fosse sospeso o addirittura "annullato" dalla sostanza.

L'uso di droghe e la ricerca del piacere sessuale diventano una sorta di proiezione nel futuro. Ogni desiderio di piacere (craving) viene vissuto come un'anticipazione di qualcosa che deve essere ricercato continuamente, come un fine a cui non si arriva mai, generando una spirale di dipendenza. "Per il malato non accade più nulla, nulla prende senso e forma nella sua vita o, per essere più esatti, accadono solo degli "adesso" sempre simili, la vita rifluisce su sé stessa e la storia si dissolve nel tempo naturale" (Merleau-Ponty, 1962, p.232).

L'intersoggettività nel Chemsex: Relazione con l'Altro

La fenomenologia di Emmanuel Levinas e Maurice Merleau-Ponty esplora l'idea che la relazione con l'altro è un aspetto fondamentale dell'esistenza umana. Nel chemsex, l'altro (partner di sesso) non è semplicemente un oggetto con cui fare sesso, ma una presenza che entra in relazione con il soggetto.

Nella pratica del chemsex, l'altro può essere visto più come un oggetto da cui ottenere piacere piuttosto che come un individuo con propri desideri e sentimenti. La dipendenza dalle sostanze può distorcere la capacità di vedere l'altro come una persona completa, generando una relazione superficiale e alienante.

Nonostante la natura intensamente sociale e relazionale del chemsex, molti individui vi partecipano per fuggire dalla solitudine o dal senso di alienazione. L'uso di sostanze può temporaneamente sembrare ridurre l'isolamento, ma non risolve il problema di una connessione autentica con l'altro.

Soggettività e Dipendenza:

Il Ciclo della Ricerca del Piacere

Il fenomeno del chemsex può essere esplorato anche attraverso il concetto di dipendenza dalla fenomenologia. La ricerca incessante del piacere attraverso il sesso e le droghe può essere interpretata come una disperata ricerca di completamento di sé che non riesce mai a soddisfarsi, creando una spirale che coinvolge corpo, mente e relazioni.

La fenomenologia suggerisce che il piacere nel chemsex non è solo una ricerca di stimolazione sensoriale, ma un tentativo di superare un senso di incompletezza o di vuoto interiore. La droga diventa un mezzo per raggiungere una falsa pienezza, ma che non può mai soddisfare veramente la domanda esistenziale più profonda del soggetto.

Caso clinico M.

M., 34 anni, magazziniere di professione. Viveva con entrambi i genitori e il fratello minore con cui era molto legato. Aveva una relazione di lunga data con P. con la quale stava progettando una convivenza.

Come un fulmine a ciel sereno, la malattia del padre sconvolge gli equilibri di tutti. Il padre si ritrova in poco tempo allettato, disfagico e con una diagnosi di decadimento cognitivo. Tutti si allontanano: la madre intraprende una nuova relazione e si trasferisce in un'altra regione, il fratello minore si sposta a vivere insieme alla famiglia della fidanzata, P. decide di lasciarlo. M. resta solo, insieme al padre.

Dall'età di vent'anni M. utilizzava occasionalmente cocaina; non la acquistava, non era mai rimasto entusiasmato dall'esperienza, ma lo scopo era quello di stare con gli altri e potersi sentire parte di un gruppo. Quando tutti si allontanano, M. si identifica totalmente con il ruolo di caregiver del padre: ottiene l'indennità di congedo parentale, si isola dagli amici, si ripiega su stesso, perdendosi...

Una ragazza conosciuta in rete gli propone un rapporto sessuale di gruppo; durante la serata gli suggeriscono di fumare il crack e lui decide di provare. La sensazione è quella di forte benessere e rilassamento, oltre che di eccitazione sessuale. Ha continuato a frequentare le serate, dove gli attori principali sono gli alcolici, il crack e il sesso, le persone assumono soltanto un ruolo minore.

Il senso di solitudine e di non appartenenza, insieme alla frustrazione e alla forte rabbia, che M. non riconosce, lo fanno approdare nel ciclo della dipendenza: l'unica possibilità che coglie per "evadere" dalla realtà quotidiana e ricevere un piacere fisico come risposta ad un vuoto interiore; un piacere amplificato e inten-

so, ma fugace e superficiale che non va a colmare il suo profondo bisogno di vicinanza emotiva, affetto e attenzione. Al contrario, alimenta pensieri paranoici, senso di colpa, un concetto di sé elevato e un'eccessiva rigidità che impediscono la fluidità di movimento nel mondo.

Conclusioni

L'articolo che propongo nasce dalla mia esperienza clinica all'interno di un SerD, in cui ho avuto modo di osservare un numero crescente di pazienti eterosessuali che riportano l'uso di sostanze durante l'attività sessuale, in modalità riconducibili al fenomeno del chemsex. Questo riscontro, inizialmente percepito come episodico, si è progressivamente consolidato come una tendenza emergente, spesso sottovalutata nella letteratura scientifica e nella pratica clinica. La scelta di riportare questo caso è motivata dal desiderio di contribuire alla conoscenza di un fenomeno ancora poco esplorato in letteratura, offrendo spunti di riflessione su aspetti diagnostici, psicopatologici e assistenziali. Un approccio fenomenologico al chemsex non si limita a diagnosticare comportamenti pericolosi o a suggerire soluzioni terapeutiche standard. Piuttosto, si concentra sull'esperienza soggettiva di chi pratica il chemsex, indagando il significato che queste pratiche sessuali e l'uso di sostanze hanno nel contesto della vita e della psiche del singolo individuo.

Da questa prospettiva, il chemsex non è solo un atto di dipendenza fisica, ma un fenomeno che coinvolge la ricerca di connessione emotiva, di fuga dalla sofferenza esistenziale e di alterazione della percezione corporea e temporale. La fenomenologia ci aiuta a comprendere il chemsex come un tentativo di rispondere a vuoti profondi e come una fuga dall'autenticità del proprio essere e delle proprie relazioni.

10.2

UNA RIFLESSIONE SUI COMPORTAMENTI SESSUALI PROBLEMATICI IN PAZIENTI AFFERENTI AI SERD

Bonini S.*[1], Amirian V.N.[2], Iozzi A.[3]

[1]Azienda Usl Toscana Centro, UFS SerD C ~ Firenze ~ Italy, [2]Libera Professionista ~ Firenze ~ Italy, [3]Azienda Usl Toscana Centro, Direttrice UFC Zona 1 Firenze e UFS SerD C - Firenze - Italia ~ Firenze ~ Italy

L'esperienza dell'équipe Dipendenze Comportamentali presso il SerD C del Quartiere 5 di Firenze.

Negli ultimi anni, nei Servizi per le Dipendenze, si è assistito ad un progressivo incremento di interesse e di attenzione, sia da un punto di vista clinico che teorico, verso i comportamenti sessuali problematici dei pazienti e la frequente, seppur sottovalutata, co-morbilità di questi comportamenti con un disturbo da uso di sostanze psicoattive e/o un'altra addiction comportamentale come il disturbo da gioco d'azzardo. Da una review dei modelli teorici presenti in letteratura, ciò che sembra emergere, primariamente, per la comprensione delle problematiche sessuali e dei possibili quadri di poli-dipendenza, è la complessa interazione esistente fra fattori biologici, psicologici e sociali. Il modello integrativo biopsicosociale (Fernández et al, 2021, Weizman et al, 2022) cerca di dare una spiegazione all'interazione fra questi fattori che influenzano il comportamento e che, nello specifico, possono innescare e mantenere comportamenti disfunzionali. Fra i fattori biologici, si ritrovano i meccanismi neurofisiologici, i circuiti neurotrasmettitoriali e della ricompensa, e la predisposizione genetica. Fra i fattori psicologici, possono avere un ruolo aspetti quali meccanismi di coping disfunzionali e disregolazione emotiva, caratteristiche di personalità, fra cui impulsività e compulsività, traumi e attaccamento disorganizzato. Fra i fattori sociali, si ritrovano elementi quali la normalizzazione di comportamenti nella società (es assunzione di alcolici), la disponibilità e l'accessibilità dell'ambiente in cui viviamo (es sessualizzazione dei media), le esperienze relazionali disfunzionali e i modelli relazionali disadattivi, le dinamiche di gruppo

– peer pressure, le condizioni di precarietà, marginalità e di disagio sociale.

Come afferma E. Lambiase (Lambiase, 2019), tutti gli esseri umani nutrono un profondo desiderio di essere felici e di raggiungere uno stato di serenità interiore. Spesso, le dipendenze da uso di sostanze e l'addiction sessuale nascono/vengono alimentate da un tentativo disfunzionale di autoregolazione emotiva. Nello specifico, analogamente a quanto accade con l'uso di sostanze psicoattive, la persona può usare il comportamento sessuale per indurre un'alterazione dello stato emotivo, nella speranza illusoria di accedere a stati affettivi positivi altrimenti irraggiungibili. Tuttavia, la messa in atto di comportamenti di addiction rappresenta una strategia disfunzionale per la gestione dello stress, dell'ansia e di pensieri intrusivi negativi. Il temporaneo sollievo emotivo è infatti accompagnato da un progressivo distacco dalla realtà, che si traduce in un senso di isolamento sia fisico che psicologico. Tale condizione è vissuta dalla persona come una sofferenza profonda e paralizzante, rispetto alla quale si percepisce impotente e priva di strumenti per attuare un cambiamento.

La maggior osservazione e conoscenza delle problematiche sessuali e di possibile poli-dipendenza, oggetto di questo elaborato, nei pazienti afferenti ai SerD ha posto/pone nuove e complesse sfide in relazione, soprattutto, alla necessità di progettare e attivare percorsi di valutazione e di presa in carico specifici. Si è così resa indispensabile sempre più, negli ultimi anni, la definizione e l'implementazione di programmi strutturati capaci di intercettare la domanda esplicita o latente e di fornire risposte cliniche adeguate.

Tuttavia, la valutazione e la gestione clinica delle problematiche sessuali possono presentare importanti criticità. Nel caso dell'addiction sessuale, una criticità è rappresentata dal fatto che si tratta di una dipendenza comportamentale ancora oggetto di studio e non pienamente riconosciuta nei principali sistemi diagnostici internazionali. Inoltre, in generale, nei disturbi sessuali, a differenza delle dipendenze da uso di sostanze, non è possibile prescrivere l'astinenza completa dal comportamento sessuale, essendo quest'ultimo una componente fisiologica e funzionale della vita dell'individuo. Per questo motivo, il lavoro terapeutico si focalizza sulla costruzione di uno stile di vita sessuale sano e integrato, volto all'eliminazione dei comportamenti disfunzionali e alla promozione del benessere psicosessuale complessivo. L'obiettivo del trattamento non è dunque la soppressione della sessualità, ma il suo riequilibrio attraverso la ristrutturazione di significati, abitudini e vissuti emotivi che la sostengono. Quando si parla di queste problematiche, un'altra criti-

cità è rappresentata dalla difficoltà del coinvolgimento del partner e della famiglia nel percorso del paziente. I programmi terapeutico-riabilitativi SerD prevedono, infatti, il coinvolgimento attivo dei congiunti se presenti ed il paziente acconsente. Spesso, però, i soggetti che si rivolgono al Servizio primariamente per una problematica sessuale lo fanno in maniera riservata, senza informare il partner o i familiari mostrando sentimenti di vergogna e timore di essere giudicati. Maggiori possibilità di lavoro sulla famiglia si intravedono, invece, nei casi di soggetti che presentano un quadro di comorbidità dove la problematica sessuale, spesso latente, emerge in momenti successivi del percorso in cui sono già stati coinvolti il partner e/o i familiari. In tali situazioni, è stato visto che la famiglia rappresenta una risorsa fondamentale nel percorso di cura, sia in termini di supporto che di collaborazione terapeutica. Dunque, sebbene il coinvolgimento dei familiari in questi casi sia complesso e delicato, è auspicabile la creazione di spazi dedicati anche a loro. Il disagio sessuale, infatti, può avere ripercussioni significative sulla coppia e/o sull'intero nucleo familiare. Anche l'intervento clinico rivolto ai partner e/o ai familiari di questi pazienti rappresenta un ambito ancora poco sviluppato e, per questo, meriterebbe maggiore attenzione e strutturazione all'interno dei Servizi. A queste osservazioni va, infine, aggiunto un altro elemento: la difficoltà che gli Operatori, non adeguatamente formati, percepiscono nell'affrontare con il paziente la tematica della sessualità, nell'analizzarla nelle sue sfaccettature e nel trattarla.

In riferimento a quanto detto, il SerD C di Firenze ha, da qualche anno, fortemente sentito la necessità di approfondire e formarsi su queste tematiche per accogliere funzionalmente il paziente, arrivare a comprendere pienamente il suo disagio e per definire un trattamento che possa prendere in considerazione tutte le problematiche presentate dallo stesso. È così che dal 2023 gli Operatori hanno cominciato a formarsi partecipando al Master Universitario di II livello promosso dall'Università degli Studi di Firenze in "Clinica e Assessment delle Dipendenze Comportamentali" dove un focus formativo è stato sui comportamenti sessuali problematici. Nel 2024, è stato invece organizzato un evento formativo ad hoc su "Dipendenza sessuale da cybersex". Negli ultimi tre anni si è inoltre provveduto ad una periodica e costante autoformazione fra Operatori, su queste tematiche, ai fini di condividere le rispettive esperienze e di riflettere su specifici protocolli di valutazione e di intervento partendo da un'analisi dei casi clinici.

Domande, dubbi e riflessioni su questi argomenti sono

tutt'oggi cocenti considerando, peraltro, i dati dei nostri Servizi che ci forniscono un'idea dell'entità del problema e sottolineano la necessità di un'attenzione mirata. I dati presenti in letteratura, seppur non sempre uniformi, segnalano, in media, tassi di comorbidità tra disturbo da uso di sostanze e comportamenti sessuali problematici compresi fra il 21% e il 42% (Snaychuk et al, 2024). Per avere un'idea del fenomeno, anche nella nostra realtà, abbiamo deciso di analizzare un campione opportunistico di 250 utenti (pazienti in carico ad una Psicologa operante c/o il SerD C di Firenze). In questo campione, il 28% dei pazienti presentano comportamenti sessuali problematici; di questi, il 4% si sono rivolti al Servizio lamentando esclusivamente una problematica di tipo sessuale, il 7% praticano Chemsex, il restante 89% si caratterizzano come poli-dipendenti o, comunque, presentano un disturbo da uso di sostanze o un'addiction comportamentale in associazione a problematiche sessuali.

Il gruppo dei "dipendenti sessuali" è rappresentato da pazienti, tutti di sesso maschile, che presentano masturbazione compulsiva, usano pornografia online, frequentano chat erotiche e ricorrono alla prostituzione virtuale e/o vis à vis. Nel nostro campione, ritroviamo uomini di età compresa fra i 20-30 anni, di orientamento eterosessuale o bisessuale, che non usano alcuna sostanza psicoattiva. Presentano comportamenti sessuali eccessivi, persistenti e incontrollati che interferiscono con la vita quotidiana e con le loro relazioni. Sono soggetti tendenzialmente ben integrati nella società - studenti universitari o lavoratori - e con buone risorse personali. In anamnesi non emergono traumi significativi né eventi stressanti acuti riconducibili direttamente alla sintomatologia sessuale. Un elemento ricorrente emerso durante i colloqui è la condizione di solitudine emotiva e relazionale, che sembra rappresentare un fattore significativo nella genesi e nel mantenimento del disturbo. Questi pazienti accedono al Servizio in assenza del supporto familiare perché non hanno comunicato ai propri congiunti né il disagio legato alla sessualità né l'intenzione di intraprendere un percorso terapeutico. Presentano, solitamente, relazioni ambivalenti e disfunzionali con uno o entrambi i genitori che vengono spesso rappresentati come giudicanti, ansiosi e controllanti, eccessivamente normativi, poco propensi ad un dialogo emotivo. In questi contesti, è stato, prevalentemente, veicolato il messaggio di sesso come argomento sporco, come un tabù.

Il gruppo dei "chemsex" è rappresentato da pazienti, tutti di sesso maschile, che fanno un uso intenzionale di sostanze psicoattive per facilitare o intensificare l'attività sessuale aumentando il piacere, prolungando

i tempi dei rapporti e per ridurre le inibizioni. Nel nostro campione, ritroviamo uomini di età compresa fra i 30-50 anni, di orientamento omosessuale, che usano MDPV Metilenediossiprovalerone e/o Cocaina e Crack tendenzialmente, ma non solo, in contesti di sesso gruppale. I nostri utenti presentano disturbi dell'umore prevalentemente di tipo bipolare e sintomi psicotici correlati all'uso di sostanze stimolanti. Sono soggetti più compromessi a livello psicoemotivo e rispetto alla qualità di vita (presentano problematiche di salute fisica, precarie condizioni lavorative ed economiche, ridotte relazioni sociali). Riportano storie traumatiche, legate al periodo dell'infanzia-adolescenza, anche a livello sessuale. Provengono da nuclei familiari multiproblematici con elevata familiarità per disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze e/o addiction comportamentali.

L'89% del gruppo è caratterizzato da pazienti, sia di sesso femminile che maschile, che presentano una dipendenza da sostanze psicoattive (eroina, alcol, cocaina, ma anche ketamina) o, in una percentuale minore, un disturbo da gioco d'azzardo in associazione a comportamenti sessuali problematici che spesso non vengono riconosciuti come tali e che emergono quando il percorso è già avviato. Questo è un gruppo molto eterogeneo in cui si individua un uso compulsivo della sessualità come strategia di coping emotivo e relazionale, ma, anche, disfunzioni sessuali ovvero disturbi che comportano difficoltà persistenti e significative nel ciclo di risposta sessuale.

Da notare che in questo gruppo, a differenza dei precedenti, troviamo, quasi in egual misura, il sesso femminile che è ugualmente soggetto a sviluppare problematiche sessuali che vengono, tuttavia, maggiormente sottaciute. Le donne spesso si vergognano di identificare il loro problema come dipendenza da sesso o, per la scarsa consapevolezza, la chiamano "dipendenza dall'amore o dal rapporto". Lo stigma culturale, il senso di vergogna ed il ritardo nel chiedere aiuto sono molto di più rilevanti nel genere femminile. Anche la stessa ricerca sulla dipendenza sessuale è stata condotta soprattutto sui maschi; il problema nelle donne è stato in gran parte ignorato.

Abbiamo provato a sottocategorizzare quest'ultimo gruppo individuando tre sottotipi di pazienti maggiormente rappresentati e con caratteristiche comuni:

- giovani donne di età compresa fra i 20-30 anni, ma in alcuni casi anche minorenni, che hanno una dipendenza da sostanze e una sessualità promiscua ad alto rischio per la propria salute fisica e psicologica, di cui sono scarsamente consapevoli. Sono ragazze che presentano, solitamente, anche un disturbo di personalità e che usano il sesso per definirsi, per sentirsi o comun-

que per ricercare l'attenzione e coltivare legami relazionali. Si ritrovano spesso in questo gruppo situazioni di sesso mercificato e di oggettivazione sessuale dei corpi (fenomeno Onlyfans). Ragazze spesso sole e senza punti di riferimento o anche accompagnate da famiglie, spesso problematiche, che faticano a comprendere e ad accettare e che tendono, per questo, ad essere piuttosto espulsive.

- giovani uomini di età compresa fra i 20-30 anni che hanno una dipendenza da sostanze ed un'identità sessuale non ben definita e strutturata. Presentano, tendenzialmente, vissuti ansioso-depressivi, senso di impotenza, bassa autostima, sensibilità al giudizio. Riportano difficoltà di accettazione del proprio corpo anche in riferimento alle componenti sessuali. In alcuni casi si sono riscontrate forme di narcisismo covert. Le famiglie sono presenti, ma risultano non molto supportive e sono state poco presenti, protettive e contenitive durante le fasi di sviluppo psico-affettivo del paziente. Questi pazienti praticano spesso sesso segreto di tipo auto-erotico o ricorrono a servizi sessuali a pagamento. Solitamente l'atto sessuale è collegato a forti sensi di colpa e di vergogna.

- uomini e donne di mezza età che presentano disfunzioni sessuali, fra cui disfunzione erettile, anorgasmia/eiaculazione ritardata, eiaculazione precoce, riduzione del desiderio sessuale, assenza del piacere sessuale – sexual numbing. Queste problematiche vengono spesso attribuite dai pazienti al solo uso di terapie (come metadone, psicofarmaci), negando o sottovalutando l'influenza dell'uso persistente e cronico di sostanze. In molti casi le difficoltà sessuali sono pregresse alla dipendenza. Spesso, infatti, le sostanze vengono utilizzate per ridurre l'ansia da prestazione e la vergogna, per aumentare il desiderio, la sensazione di piacere, la durata, per sentirsi più disinibiti e spontanei. L'uso di sostanze per fare sesso può facilmente trasformarsi in un circolo vizioso soprattutto quando queste diventano una condizione necessaria per vivere la sessualità o per tollerare l'intimità. Il sesso sobrio diventa così noioso, difficile, insoddisfacente e lascia spazio al sesso programmato, pianificato in funzione dell'uso di sostanze. Spesso queste problematiche vengono vissute all'interno di coppie stabili dove vi è una condivisione dell'uso di sostanze e anche di una routine sessuale disfunzionale. Nel caso in cui uno dei due partner non è invece coinvolto, quanto sopra diventa motivo di incomprensioni, di litigi e di possibili rotture relazionali. In questo gruppo, e soprattutto nel sesso femminile, si può assistere, anche, a situazioni in cui, diversamente da quanto sopra, si va incontro ad un appiattimento sessuale; molte donne arrivano, infatti, ad escludere il sesso dalla propria vita con importanti

ripercussioni sul proprio benessere e, là dove esistente, sulla relazione di coppia.

Quando una persona si presenta al Servizio riferendo una problematica sessuale in comorbidità o meno all'uso di sostanze o quando, durante il percorso terapeutico-riabilitativo del paziente, si rilevano, anche, difficoltà di tal tipo, è fondamentale indagare la situazione per fornire una risposta di cura efficace. Il protocollo per i comportamenti sessuali problematici adottato dal Servizio in queste situazioni, e sotto descritto, si applica integralmente o parzialmente, talora con tempistiche diverse, a tutta la casistica sopra rappresentata.

Per raccogliere in modo preciso e sistematico l'anamnesi dello sviluppo psicosessuale del soggetto sono stati introdotti incontri supplementari specifici, che affiancano la valutazione psicodiagnostica e le visite medico-psichiatriche. Il protocollo prevede, infatti, che il paziente venga sottoposto a una batteria di test psicodiagnostici e ad incontri mirati alla raccolta dell'anamnesi dello sviluppo psicosessuale. La batteria di test psicodiagnostici utilizzata è finalizzata: a rilevare un disturbo additivo e a valutare alcune dimensioni psicologiche legate all'addiction; nello specifico, a screenare sintomi di dipendenza sessuale e comportamenti sessuali disfunzionali; a definire l'attuale equilibrio psico-emotivo del soggetto; a tratteggiare le principali caratteristiche di personalità. I test sono in ordine: ABQ Addictive Behavior Questionnaire (Caretto et al, 2016); Bysas Bergen Yale Sex Addiction Scale (Soraci et al, 2021); SCL-90-R Symptom Checklist-90-R (Sarno et al, 2011); PID-5 Personality Inventory for DSM-5 (Fossati et al, 2021).

La raccolta dell'anamnesi dello sviluppo psicosessuale è mirata ad esplorare, in chiave sia diacronica che sincronica, tutti gli aspetti che caratterizzano l'esperienza sessuale della persona. La dimensione diacronica si riferisce alla storia dello sviluppo psicosessuale, comprendendo l'educazione sessuale ricevuta, l'atteggiamento del contesto familiare e sociale nei confronti della sessualità, i messaggi trasmessi riguardanti affettività, intimità e sessualità (in termini di incoraggiamento, evitamento o repressione), nonché la possibile presenza di traumi o abusi. La dimensione sincronica, invece, concerne le modalità, i ritmi e le caratteristiche delle esperienze sessuali attuali. L'analisi approfondita del contesto socio-relazionale di provenienza permette all'équipe di inquadrare il sintomo riportato all'interno di una cornice personologica e ambientale più ampia e articolata. Conclusa la valutazione, al paziente viene restituito un quadro clinico complessivo, dato dalla conoscenza avuta attraverso i colloqui, i test e l'anamnesi psicosessuale. A seguire,

viene consegnato uno strumento di auto-monitoraggio finalizzato all'osservazione e registrazione sistematica delle problematiche sessuali nonché dell'eventuale craving (diario basato sul modello ABC che analizza i trigger, i pensieri e le credenze, le conseguenze fisiologiche, emotive e comportamentali). Questo strumento consente al paziente di acquisire maggiore consapevolezza rispetto alle caratteristiche del sintomo e ai fattori di rischio e protettivi associati. Il successivo intervento terapeutico individualizzato può prevedere: visite mediche per monitorare lo stato di salute del paziente e l'eventuale terapia farmacologica in atto, per informarlo/educarlo sui rischi medici associati a comportamenti sessuali problematici, sulla prevenzione di patologie correlate (infezioni da HIV, HCV, HBV, la sifilide e/o altre MTS) nonché sulla Profilassi Post-Esposizione (PPE) a situazioni di rischio per HIV; interventi di supporto psicologico e psicoterapico che mirano, in primis, ad aumentare la consapevolezza del problema e la motivazione al cambiamento e ad intervenire su aspetti specifici quali autoefficacia, autocontrollo, fattori scatenanti e di mantenimento del problema, funzionamento relazionale ed affettivo; rieducazione all'affettività (fra cui riconoscimento e gestione di emozioni e bisogni affettivi, comunicazione assertiva e gestione dei conflitti relazionali) e alla sessualità (favorire un sessualità sana e responsabile); quando possibile, coinvolgimento del partner e/o della famiglia; quando opportuno, l'invio ai gruppi di auto aiuto presenti sul territorio (gruppi SAA Sex Addicts Anonymous che si basano sul modello dei 12 Passi degli Alcolisti Anonimi). Da tempo, il Servizio collabora con la realtà dei gruppi di auto-aiuto permettendo al paziente un supporto fra pari anonimo, gratuito e non giudicante. Grazie alla conoscenza degli sponsor, il Servizio può garantire un inserimento graduale e accompagnato del paziente nel gruppo. Solitamente vengono, infatti, svolti uno o più colloqui di conoscenza fra il paziente ed un membro del gruppo c/o il SerD alla presenza di un Operatore di riferimento. Con l'inserimento nel gruppo SAA, il paziente lavora, anche, sull'utilizzo dello strumento dei "Tre Cerchi", un metodo pratico ed efficace per identificare i comportamenti disfunzionali, quelli incerti e quelli funzionali al mantenimento della sobrietà sessuale. Come descritto nel testo "Strumenti di recupero. Una guida pratica per i nuovi membri di SAA", tale strumento prevede una definizione condivisa della sobrietà sessuale tra il nuovo membro e il proprio sponsor, suddivisa in tre aree. Il Cerchio Interno identifica i comportamenti sessuali compulsivi e disfunzionali dai quali la persona ha scelto di astenersi completamente. Il Cerchio Intermedio concerne comportamenti a rischio, ambigui

o di minore intensità che possono rappresentare segnali di allarme. Il Cerchio Esterno riguarda attività e comportamenti salutari, funzionali al benessere personale, al recupero e alla connessione relazionale e spirituale con gli altri membri del gruppo. Mentre i comportamenti inclusi nel Cerchio Interno tendono a rafforzare l'isolamento e la compulsione, quelli del Cerchio Esterno promuovono l'integrazione sociale e il mantenimento del contatto con la realtà, elementi chiave per un processo di cura efficace e duraturo. Là dove possibile, come già sottolineato, il coinvolgimento del partner e/o dei familiari diventa un obiettivo fondamentale dell'intervento terapeutico anche sulle problematiche sessuali. È importante, infatti, aiutare i congiunti a: comprendere le difficoltà specifiche del paziente che possono essere primarie o conseguenze e fattori di mantenimento di altre dipendenze; favorire e mantenere un dialogo aperto sui temi della sessualità, dell'affettività e dell'intimità; favorire un ambiente relazionale funzionale e stabile; divenire una risorsa per la cura sostenendo il paziente nei vari step, facilitando la compliance dello stesso al trattamento e prevenendo comportamenti pericolosi e ricadute; definire confini e responsabilità (cosa possono fare concretamente).

I disturbi della sessualità associati a disturbi da uso di sostanze e/o a dipendenze comportamentali rappresentano un fenomeno contemporaneo che, soprattutto nei contesti metropolitani, sta assumendo connotazioni sempre più rilevanti e pervasive. Solo con un appropriato programma terapeutico è possibile far emergere, comprendere ed analizzare le dinamiche sottostanti al quadro clinico, promuovere una maggiore consapevolezza ed un graduale cambiamento dello stile di vita. L'assenza di un dibattito e di un serio confronto scientifico rischia, però, di relegare questo tipo di disturbo ad una problematica riguardante solo una minoranza, poco conosciuta, accessibile e compresa da pochi. In realtà sono evidenti le importanti implicazioni dal punto di vista fisico, psicologico e sociale di questi disturbi. È noto, inoltre, come la sessualità può rimanere spesso avvolta in una certa reticenza culturale anche da parte dei professionisti sanitari. Pertanto, un altro aspetto rilevante è la necessità di un'adeguata e specifica formazione degli Operatori dei SerD per riconoscere ed affrontare questi disturbi con empatia e competenza, offrendo un supporto appropriato a specifici bisogni, senza giudizio né stigmatizzazione. La sensibilità e la competenza sono, infatti, elementi fondamentali per garantire interventi efficaci e di qualità. Infine, si deve tener presente che si tratta di un fenomeno non riguardante solo la popolazione maschile

omosessuale, ma di un fenomeno trasversale con un trend in espansione che richiede un attento monitoraggio e una risposta mirata.

Bibliografia

- Fernández, D.P., Gullo, M.J. & Dawe, S. (2021). Psychosocial and neurobiological mechanisms of addiction and sexual compulsivity: Toward an integrated model. *Addictive Behaviors Reports*, 14, 100368.
- Lambiase, E. (2019). *La dipendenza sessuale. Diagnosi e strumenti clinici*. Carocci Editore: Roma.
- Snaychuk, L.A., Dermody, S.S., Tabri, N. Basedow, C.A., Kim, H.S. (2024). Co-occurring compulsive sexual behavior in an inpatient substance use population: Clinical correlates and influence on treatment outcomes. *J. Behav. Addict.*, 13 (2), 676-686.
- Weizman, A., Keren, H. & Weinstein, A. (2022). Common Features in Compulsive Sexual Behavior, Substance Use Disorders, Personality, Temperament and Attachment – A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (1), 296.

Area tematica 11

IL LABORATORIO DI TOSSICOLOGIA Diagnosi e monitoraggio clinico tossicologico

11.1

FENTANYL E OSSICODONE IN MATRICE CHERATINICA: UNA FOTOGRAFIA DELLA LORO DIFFUSIONE NELLA POPOLAZIONE LOMBARDA AFFERENTE AI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

**Tomaciello I.*, Cursano C., Salvaderi L., Gori M.,
Callipo M., Duraccio M., Corbetta S.**

LABORATORIO CEDAM ITALIA ~ BRESCO ~ Italy

Analisi retrospettiva di campioni di matrice cheratiniche, a partire da aprile 2024 ad aprile 2025, per valutare la diffusione di fentanyl ed ossicodone nella popolazione di pazienti afferente al Laboratorio Cedam Italia.

Introduzione

Gli oppioidi sono sostanze naturali, semi-sintetiche o sintetiche che interagiscono con i recettori oppioidi nel corpo e nel cervello e riducono la percezione del dolore. L'uso analgesico degli alcaloidi naturali della pianta di oppio, morfina e codeina, è stato seguito dallo sviluppo di sostanze più forti e potenti, sintetizzate in laboratorio a partire da composti naturali derivati dalla pianta di papavero.

L'ossicodone, derivato dalla tebaina, è uno degli oppioidi semi-sintetici maggiormente utilizzati per trattare il dolore moderato o severo.

Gli oppioidi sintetici, definiti come sintetizzati in laboratorio senza l'uso di componenti naturali dell'oppio, sono stati sviluppati durante il XX secolo come alternativa agli oppiacei naturali. Alcuni oppioidi sintetici, come il fentanyl e il metadone, sono stati

approvati per l'uso medico [1].

Il fentanyl, sintetizzato per la prima volta da Paul Janssen nel 1959, è rapidamente diventato un analgesico e un anestetico di punta grazie alla sua potenza superiore rispetto alla morfina (50-100 volte maggiore) e all'eroina (25 volte maggiore), ad un assorbimento più rapido e ad un tempo di insorgenza degli effetti più breve, proprietà che lo hanno reso attraente anche per usi non medici.

Più recentemente, il fentanyl e i suoi analoghi, inclusi composti non farmaceutici prodotti clandestinamente, sono stati implicati nella crisi internazionale degli oppioidi e nel concomitante aumento di overdose involontarie, avvelenamenti e morti legate al loro consumo. In particolare, negli Stati Uniti, questo aumento dei decessi per overdose da oppioidi può essere suddiviso in tre distinte ondate, la prima iniziata alla fine degli anni '90 con un aumento della mortalità legata agli oppioidi da prescrizione (oppioidi naturali, semi-sintetici e metadone), la seconda iniziata nel 2010, caratterizzata da un rapido aumento dei decessi legati all'eroina, seguiti da quelli da fentanyl e altri oppioidi sintetici dal 2014 in poi.

I Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC) hanno riportato, dal 1999 al 2021, quasi 645.000 decessi per overdose legati a qualsiasi oppioide, inclusi oppioidi da prescrizione e illeciti [2].

A partire dal 2012, il Centro Europeo di Monitoraggio sulla Droga e la Tossicodipendenza (EMCDDA), l'attuale Agenzia Europea per le Droge (EUDA), ha segnalato un significativo aumento della disponibilità di fentanyl e dei suoi analoghi in Europa. Anche se fino ad ora, in Italia, l'uso del fentanyl per scopi non terapeutici e ricreativi sembra essere limitato, lo scenario internazionale ha spinto il governo italiano a sviluppare il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) contro l'abuso di fentanyl e altri oppioidi sintetici [3], presentato a marzo 2024, con l'obiettivo di intercettare e prevenire l'accesso illegale e la diffusione del fentanyl e dei suoi analoghi oppioidi.

Il laboratorio Cedam Italia è un centro di analisi cliniche e tossicologiche, privato e accreditato con il Sistema Sanitario Regionale (SSR), situato in Lombardia, che dal 2011 monitora le sostanze stupefacenti in matrici biologiche, in particolare urine e capelli. Già a partire dal 2018 il Laboratorio ha scelto di includere nel proprio pannello base di analiti anche il fentanyl e l'ossicodone. Vengono analizzati quotidianamente un gran numero di campioni provenienti principalmente da pazienti di SerD (servizi per le dipendenze) e SMI (servizi multidisciplinari integrati), da persone coinvolte nel processo di rinnovo della patente di guida e da lavoratori che svolgono mansioni a rischio.

Tra le matrici analizzate, la matrice cheratinica offre accesso a una finestra diagnostica molto più ampia rispetto alle urine poiché incorpora i principi attivi assunti per un periodo di tempo più lungo, consentendo di ottenere informazioni significative sull'uso pregresso.

In seguito alla presentazione del PNP, abbiamo deciso di rielaborare i dati ottenuti da campioni di matrice cheratinica analizzati nell'arco di un anno a partire dal 17 aprile 2024, fino al 16 aprile 2025, al fine di verificare la presenza di fentanyl e/o ossicodone.

La grossa mole di dati raccolti in questo lavoro offre una fotografia della diffusione nella nostra popolazione di riferimento di questi due oppioidi potenzialmente pericolosi.

Materiali e metodi

Gli standard analitici utilizzati per le calibrazioni di fentanyl e ossicodone sono stati acquistati da LGC Standards (Middlesex TW11 0LY, Regno Unito).

Le analisi sono state eseguite mediante LC-MS/MS con un Acquity UPLC Waters, interfacciato con uno spettrometro di massa a triplo quadrupolo Xevo TQD (Waters, Massachusetts, United States of America), lavorando in modalità ESI+. Per separare gli analiti è stata utilizzata una colonna Force Biphenyl 50mm x 3.0mm, 3µm (Restek, New Jersey, United States), termostata a 40°C. Le fasi mobili sono costituite da una fase acquosa contenente acqua e 0,1% di acido formico e da Metanolo come fase organica.

Per la preparazione del campione, circa 30 mg di capelli da campioni reali, sono stati sminuzzati, successivamente lavati con Acetone e asciugati. Ai campioni è stato aggiunto 1mL di una miscela composta da metanolo, acido cloridrico e standard interno deuterato. Successivamente, i campioni sono stati incubati a 45°C overnight. 4mL di questa soluzione sono stati iniettati direttamente nel sistema LC-MS/MS.

Risultati

Sono stati analizzati i campioni di matrice cheratinica pervenuti in laboratorio dal 17 aprile 2024 al 16 aprile 2025 appartenenti a 10856 individui, di cui 9632 (86%) di sesso maschile e 1494 (14%) di sesso femminile.

Abbiamo riscontrato una positività al fentanyl superiore al LOD (0,001ng/mg) in 90 campioni, pari allo 0,83% di tutti i soggetti analizzati (Grafico 1), di cui 23 (26%) femmine e 67 (74%) maschi. L'età media degli individui positivi al fentanyl è 46 anni e la media dei valori ottenuti è 0,37 ng/mg.

Maggiore è stato il numero di soggetti con ossicodone superiore al LOD di 0,01 ng/mg: 200 soggetti, pari all'1,84% del totale (Grafico 2), di cui 18 (9%) femmi-

ne e 182 (91%) maschi, con un'età media di 39 anni e un valor medio di 3,31 ng/mg.

Da un'analisi più approfondita delle provenienze dei campioni è emerso che il 30,5% dei soggetti positivi all'ossicodone provengono dall'area penitenziaria (Grafico 3), hanno un'età media di 29 anni e l'82 % è di nazionalità straniera.

Discussione

Nell'ultimo decennio abbiamo assistito ad un incremento nell'utilizzo di oppioidi semi-sintetici e sintetici che si avvale sia di prodotti legali distratti dal mercato farmaceutico sia di prodotti clandestini sintetizzati illecitamente e distribuiti attraverso i mercati illegali della droga. La crisi degli oppioidi sintetici che ha coinvolto gli stati Uniti d'America e la continua immisione sul mercato di nuove sostanze psicoattive di sintesi dagli effetti sempre più potenti ed imprevedibili ha spinto la comunità internazionale ad elaborare piani per far fronte a questo dilagante fenomeno. In questo contesto si colloca la decisione del Governo italiano di varare, nel 2024, il PNP contro l'uso improprio di fentanyl e altri oppioidi sintetici che ha lo scopo di intercettare e impedire l'accesso e la diffusione del fentanyl e dei suoi analoghi sul territorio nazionale [3]. Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP), istituito dal Dipartimento delle politiche antidroga, è impegnato a individuare tempestivamente su tutto il territorio nazionale e diffondere informazioni circa i fenomeni potenzialmente pericolosi per la salute pubblica correlati alla comparsa di nuove sostanze psicoattive e alle nuove modalità di consumo di sostanze stupefacenti classiche. In aggiunta alle informazioni che derivano dai sequestri effettuati dalle forze dell'ordine e dalle segnalazioni di casi clinici, è fondamentale il contributo dato da studi epidemiologici che permettano di comprendere la reale diffusione di queste sostanze nella popolazione italiana [4,5].

La coorte di utenti che affrisce al laboratorio Cedam Italia per la determinazione di sostanze d'abuso in matrice cheratinica è composta prevalentemente da utenti di SerD pubblici, incluse quelli dell'area penitenziaria, e SMI privati accreditati ubicati in Lombardia. Su questa popolazione abbiamo scelto di investigare la presenza degli oppioidi fentanyl e ossicodone. A partire da aprile 2024, in seguito alla pubblicazione del PNP, il laboratorio ha deciso di segnalare ai clinici richiedenti eventuali positività al fentanyl riscontrate nei campioni analizzati. Nella quasi totalità dei casi le informazioni cliniche riportate dai medici, parlano di usi noti per terapie e/o interventi chirurgici e, in rari casi, di un misuso di fentanyl sottratto a pazienti in terapia.

Un unico caso di abuso da segnalare è stato quello di un paziente proveniente dall'area di San Francisco che presentava valori di fentanyl molto più elevati rispetto a quelli riscontrati negli altri campioni del laboratorio. Anche per quanto riguarda le positività all'ossicodone, i medici richiedenti hanno per lo più riferito un uso/misuso noto della sostanza da parte del paziente. Dal nostro studio emerge innanzitutto una maggiore diffusione dell'ossicodone nella popolazione indagata rispetto al fentanyl.

Si ritiene però opportuno evidenziare che all'interno di una particolare popolazione, ovvero quella afferente ai SerD dell'area penale-penitenziaria, si riscontra la percentuale maggiore di soggetti positivi all'ossicodone. È doveroso precisare che i prelievi vengono effettuati all'ingresso in carcere di soggetti arrestati che vogliono usufruire degli accertamenti del SerD per una eventuale certificazione di dipendenza: ciò esclude pertanto l'uso della sostanza all'interno del carcere.

In questi individui, di età media molto più bassa rispetto a quella degli altri pazienti, e per la maggior parte di origine nordafricana, si riscontrano positività all'ossicodone a concentrazioni basse. A parere degli scriventi, questo dato, che appare tuttora in aumento, è indicativo di una presenza sul territorio di ossicodone proveniente da traffici illeciti. Questa supposizione è rafforzata anche dai numerosi recenti sequestri di questa sostanza, eseguiti in tutto il territorio nazionale e poi segnalati sulla stampa, oltre che dallo SNAP. Si ritiene quindi che la popolazione afferente all'area penale-penitenziaria delle dipendenze, possa essere un'ottima popolazione "sentinella", unitamente ai soggetti che afferiscono ai Pronto Soccorso in stato di alterazione [6], per identificare con maggiore precocità l'utilizzo e la diffusione di nuove sostanze da abuso nelle piazze di spaccio.

Bibliografia

- [1] Abu Shafi, Alex J. Berry, Harry Sumnall, David M. Wood and Derek K. Tracy. Synthetic opioids: a review and clinical update. *Ther Adv Psychopharmacol* 2022;12: 1-16. <https://doi.org/10.1177/20451253221139616>.
- [2] Understanding the Opioid Overdose Epidemic. Centers for Diseases Control and Prevention CDC.
- [3] Piano Nazionale di Prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e di altri oppioidi sintetici. Dipartimento Politiche Antidroga Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- [4] F. Freni, M. Moretti, D. Radaelli et al. Determination of fentanyl and 19 derivatives in hair: Application

to an Italian population. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis* 189 (2020) 113476. <https://doi.org/10.1016/j.jpba.2020.113476>.

[5] Cristina Calvetti, Alberto Salomone, Andrea Verzeletti, Fabio Di Nardo, Paola Maria Giulia Begni, Sara Vezzoli. Are the NPS commonly used? An extensive investigation in Northern Italy based on hair analysis. *J Anal Toxicol* 2023 Set 15;47(7):574-579. doi: 10.1093/jat/bkad040.

[6] Lina De Paola, Cristina De Padua, Gabriele Napoletano, Michele Treglia, Valeria Aquilina, Susanna Marinelli. The importance of screening analyses for new psychoactive substances in the emergency departments of Italian hospitals. *Biochimica Clinica* 2025 marzo;49(1):91-2. doi: 10.23736/S0393-0564.25.00020-2.

Grafico 1. % di pazienti positivi al fentanyl sul totale dei campioni analizzati.

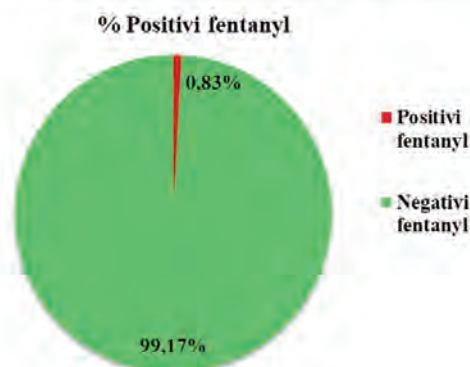


Grafico 2. % di pazienti positivi all'ossicodone sul totale dei campioni analizzati.

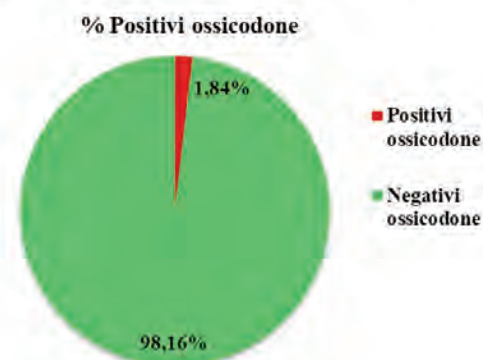
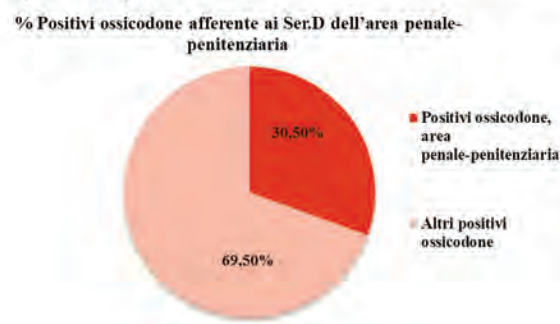


Grafico 3. % di pazienti positivi all'ossicodone, afferenti ai SerD dell'area penale-penitenziaria, sul totale dei campioni analizzati positivi all'ossicodone.



11.2

DIPENDENZE: L'IMPORTANZA DI VALUTARE IL FENOMENO DA PUNTI DI VISTA DIFFERENTI

Riglietta M.*[1], Amboni P.[2], Marani L.[2]

[1]ASST Papa Giovanni XXIII ~ Bergamo ~ Italy,

[2]Agenzia di tutela della salute ATS ~ Bergamo ~ Italy

Il fenomeno del consumo di sostanze illegali può essere osservato da diversi punti di vista. In questo lavoro riportiamo i dati delle analisi effettuate dal laboratorio di prevenzione di ATS Bergamo sulle sostanze sequestrate dalle FF00 nella provincia di Bergamo dal 2017 al 2024.

Introduzione

Il consumo di sostanze è un fenomeno quanto mai complesso, oltre che diffuso, che tocca molti aspetti della vita sociale, economica e legale. Per leggere un fenomeno così complesso abbiamo bisogno di più punti di osservazione.

La relazione al parlamento (1), ad esempio, riporta dati che osservano la popolazione in carico ai SerD, la popolazione detenuta, i reati correlati alla violazione del DPR 309/90 (2), le stime di diffusione analizzati dalla ricerca ESPAD (3)

D'altra parte il Drug Report (4) dell'Agenzia europea delle droghe, analizza i dati che provengono dai servizi di trattamento, l'analisi delle acque reflue, i sequestri, gli eventi acuti ospedalieri etc. Fra i dati di particolare interesse ci sono quelli che provengono dai servizi di drug checking che osservano l'andamento delle sostanze sui territori (5).

Il laboratorio di prevenzione di ATS Bergamo esegue analisi sulle sostanze stupefacenti sequestrate dalle forze dell'ordine solo ed esclusivamente su procedimenti penali di competenza della procura della repubblica presso il tribunale di Bergamo.

Le tipologie di sostanze che il laboratorio è in grado di identificare sono le seguenti: Cocaina, Eroina. 6-monoacetilmorfina, morfina, delta9-tetraidrocannabinolo (THC), amfetamine, metamphetamine, MDE, MDA, MDMA, Ketamina, LSD, fentanyl (a partire dal 2025). In base alla tipologia di campione (polvere, pianta, panetto...) in accordo con le forze dell'ordine si identifica una quantità a campione di aliquote da analizza-

re sulla totalità del sequestro su cui viene ricercata l'eventuale presenza di sostanze stupefacenti. Alla presenza delle forze dell'ordine, il campione viene pesato e campionato. La ricerca viene effettuata mediante tecniche gas cromatografiche e di spettrometria di massa utilizzando sempre standard di riferimento certificati.

Dati

Nella presentazione dei dati ci soffermiamo su tre parametri:

- La tipologia di sostanze sequestrate
- il numero di sequestri per tipologia di sostanza
- il grado di purezza della sostanza con relativa deviazione standard.

Dal 2017 al 2024 sono state effettuate quasi 5000 analisi sulle sostanze sequestrate dalle FF00 in provincia di Bergamo che corrispondono da una media annuale di 622 analisi. Di queste il 55% (2742) riguardano il D-9-THC, il 38% la cocaina, il 3% l'eroina. Nella tabella 1 si riportano i dati complessivi.

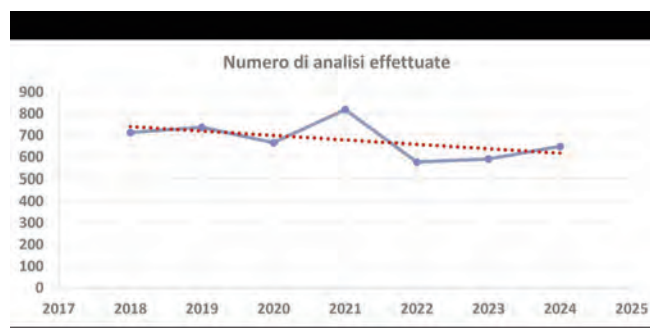
Tabella 1 – Numero di analisi per tipologia di sostanza

Sostanza	Numero assoluto	Percentuale relativa
D-9-THC	2.742	55,04%
Cocaina	1.896	38,06%
eroina	166	3,33%
morfina	114	2,29%
MDMA	34	0,68%
Ketamina	28	0,56%
Amfetamine	2	0,04%

Risultano immediatamente due evidenze: la prima riguarda il numero di analisi effettuate dal laboratorio che corrispondono a due analisi/giorno per 365 giorni/anno ad evidenziare il fiorente mercato delle sostanze illegali.

La seconda riguarda invece la tipologia di sostanze utilizzate: il divario fra cannabis e cocaina e le altre sostanze: Per la cannabis parliamo di oltre 2500 analisi/anno, quasi 2000 per la cocaina. Le altre hanno valori dieci o 100 volte inferiori: eroina e morfina quasi 300 analisi, MDMA e ketamina 62 analisi.

Se escludiamo il dato del 2017, che è parziale, dal 2018 al 2024 la tendenza è comunque ad una lieve decrescita delle analisi effettuate (Grafico 1).



Analisi della purezza

L'analisi della purezza delle sostanze sequestrate designa invece alcune evidenze interessanti ed esplicative dei fenomeni clinici.

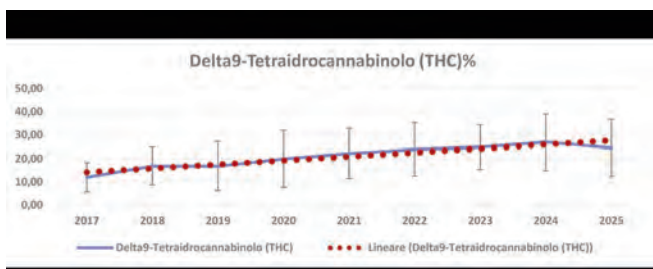
La cocaina mantiene una stabilità importante con variazioni fra il 72% e 83% con una deviazione standard intorno ai 10.

L'eroina ha una purezza più variabile fra 1% e il 18% e con una DS fra 1 e 16 come ad evidenziare l'estrema variabilità della sostanza sul mercato o meglio l'estrema variabilità dei sequestri effettuati (piccoli spacciatori o operazioni più complesse). La linea di tendenza del periodo è comunque in flessione, come dire che la sostanza è sempre più edulcorata

Altra sostanza discretamente stabile è MDMA in cui troviamo il 47% di purezza medio con oscillazioni fra il 31% e il 71%. La linea evolutiva è di sostanziale stabilità.

Per la ketamina il dato è meno continuativo a causa dell'assenza di analisi nel periodo 2020-2021. La purezza media è del 75% con una variabilità fra il 42% ed il 93% e linea di tendenza sostanzialmente stabile. Interessante il dato che è l'unica sostanza che sia scomparsa nel biennio 2020-2021 (COVID).

Un'analisi differente va fatta per la cannabis (D-9-THC). Dal 2017 al 2024 si evidenzia un marcato incremento nella purezza del prodotto che passa dal 10% al 24% (Grafico 2)



Conclusioni

Il fenomeno del consumo di sostanze illegali può essere osservato da differenti prospettive. Una di queste è l'importante lavoro fatto dai laboratori di tossicologia che analizzano le sostanze sequestrate dalle FF.OO. Dall'analisi di 8 anni di attività abbiamo alcune suggestive evidenze:

- Cannabis e cocaina sono le sostanze con la più ampia diffusione e con un ordine di grandezza che è cento volte superiore alle altre: delle nuove sostanze psicoattive possiamo concludere che rimangono un mercato di nicchia, legato a contesti specifici tanto da scomparire nel biennio 2020-2021 in concomitanza della pandemia COVID 19. La tendenza, anche se debole è comunque quella di una progressiva riduzione dei sequestri e, probabilmente, dei consumi.
- Quasi tutte le sostanze hanno una relativa stabilità

per quanto riguarda la purezza con oscillazioni (deviazione standard) più alta per MDMA, ketamina ed eroina, più stabile e con una più bassa SD per la cocaina.

- Differente la questione cannabis (D-9-THC). In questo caso si osserva un progressivo e costante aumento della purezza delle sostanze sequestrate che passano da un valore poco superiore al 10 % all'attuale 25%. Risulta evidente che questa variazione ha impatto importante sugli effetti psicoattivi della cannabis che può spiegare l'incremento degli eventi avversi psichici correlati all'uso di cannabinoidi in particolare nella popolazione giovanile.

Bibliografia

1. Dipartimento delle Politiche Antidroga Relazione al Parlamento 2025
2. DPR 309/90 testo unico delle leggi in materia di stupefacenti e suoi aggiornamenti
3. Online ESPAD® Italia 2024, il report su adolescenti, scuola e salute
4. European Drug Report 2024: Trends and Developments | www.euda.europa.eu
5. Statistical Bulletin 2024 – drug checking data | www.euda.europa.eu
6. European Union Drug Agency (EUDA) The EU Early Warning System on new psychoactive substances (NPS) | www.euda.europa.eu
7. Dipartimento delle Politiche Antidroga: Sistema Nazionale di Allerta Precoce
8. ISOLATION AND IDENTIFICATION OF DRUGS - E.G.C. CLARKE (London The Pharmaceutical press) 1 marzo 1969 - ISBN-10: 0853690618 - ISBN-13: 978-0853690610
9. TOSSICOLOGIA FORNENSE ASPETTI CHIMICI E LEGALI - Francesco Mari (CEDAM Padova) - Padova, 1986; br., pp. XX-466, ill. - ISBN: 88-13-15917-X - EAN13: 9788813159177
10. TRATTATO DI TOSSICOLOGIA FORNENSE - E.Bertol-F.Mari- F.Lodi-E.Marozzi (CEDAM PADOVA) - Edizione: II 2000
11. Linee Guida per la determinazione di Sostanze Stupefacenti e Psicotrope su campioni biologici con finalità Tossicologico-Forensi e Medico-Legali - revisione n. 6 del 8 giugno 2022
12. Specimen Validity Testing in the Toxicology Laboratory. Fyffe-Freil RC, Omosule CL.Clin Lab Med. 2025 Jun;45(2):271-282. doi: 10.1016/j.cll.2025.01.010. Epub 2025 Mar 12.PMID: 40348438 Review.
13. Toxicology and Analytical Chemistry. Wilson-Frank C.Vet Clin North Am Food Anim Pract. 2023 Mar; 39(1):157-164. doi: 10.1016/j.cvfa.2022.11.001.

PMID: 36731995 Review.

14. Improvements in Toxicology Testing to Identify Fentanyl Analogs and Other Novel Synthetic Opioids in Fatal Drug Overdoses, Connecticut, January 2016-June 2019.

15. Clinton HA, Thangada S, Gill JR, Mirizzi A, Logan SB. Public Health Rep. 2021 Nov-Dec;136(1_suppl):80S-86S. doi: 10.1177/00333549211042829. PMID: 34726973

Area tematica 12

IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO, IAD E ALTRE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

Strategie di intervento

12.1

ISOLE NEL RUMORE DELLE IPERCONNESSIONI: L'INTERNET ADDICTION COME FENOMENO EMERGENTE

Locci D. *, Tanca R.M.T.

Unità Operativa Gioco d'Azzardo e Dipendenze Comportamentali – SerD ASL Sassari e Piano Regionale GAP ~ Sassari ~ Italy

New Addiction

Descrizione di un'esperienza lavorativa con giovani pazienti I.A.D. nell'ultimo anno e mezzo.

L'anedonia, e lo scollamento tra le funzioni mentali e il sentire corporeo, come fenomeni responsabili dell'instaurarsi e del mantenimento della dipendenza da internet in tutte le sue forme.

Tra le nuove psicopatologie emergenti, non ancora annoverate nel DSM-5, è degna di nota la I.A.D (Internet Addiction Disorder), condizione che si è manifestata in maniera esponenziale in seguito al periodo pandemico, con un incremento del 4% rispetto al 2021 delle persone con accesso ad internet, e del 10% degli utenti social (We Are Social, 2022).

Il report digitale ha anche evidenziato un aumento, al livello mondiale, degli utenti del Web, con una media giornaliera di 6 ore e 58 minuti in rete, con un incremento di quattro minuti in più al giorno rispetto al 2021 (We Are Social, 2022).

La I.A.D., definita come "l'incapacità di una persona di controllare l'utilizzo di questo strumento, con conseguenti disturbi nell'area psicologica, sociale e lavorativa" (Young, 1998), fa parte delle cosiddette

Dipendenze comportamentali, concettualizzate relativamente da poco, attraverso l'introduzione del Disturbo da Gioco d'Azzardo per la prima volta nel DSM-5; presenta tutte le caratteristiche di craving, tolleranza ed astinenza tipiche delle dipendenze da sostanze, compromettendo, in maniera significativa, la vita sociale, relazionale e lavorativa di chi ne abusa.

Nell'Accademia Scientifica non è ancora presente un consenso generale sulla definizione e sulle caratteristiche della patologia; permangono importanti correnti di pensiero contrastanti che riguardano il "focus della dipendenza": dipendenza da internet o dipendenza da specifiche attività online?

Secondo Young la Dipendenza da internet è un fenomeno esteso che include cinque categorie specifiche: Cybersexual addiction, Cyber-relational addiction, Net compulsion (include gambling online e shopping online), Information overload e Computer addiction (gaming) (Librani, 2018; Mihajlov & Vejmelka, 2017; Pioli, 2017).

Il ritiro sociale è un ulteriore aspetto tipico dell'addiction, tanto da manifestare, in Giappone, una stretta correlazione con il fenomeno dell'Hikikomori, dove l'intimità col web diventa primaria e preferenziale rispetto alla relazione con la realtà circostante; tale uso abituale e ricorrente sostituisce ciò che sembra mancante ed inaccessibile nella vita reale, diventando così un antidoto efficace, anche se illusorio, alla sofferenza e alla frustrazione.

In particolare, nei giovani nativi digitali lo scopo diventa un investimento nella relazione stessa, mediata però dal web, in una fase delicata di formazione dell'identità (Erickson, fasi dello sviluppo psicosociale), in cui la realtà virtuale facilita l'insorgenza di meccanismi dissociativi e di una vulnerabilità dell'io, come messo in evidenza dallo Psichiatra Federico Tonioni, nella sua esperienza clinica presso l'Ambulatorio per le Internet Addiction Disorders del Policlinico Gemelli di Roma.

In accordo con quanto evidenziato in ambito di ricerca, l'équipe dell'Unità Operativa Gioco d'Azzardo e Dipendenze Comportamentali del SerD di Sassari, in collaborazione con il Piano GAP della Regione Sardegna, ha osservato, nel periodo post pandemico, un aumento degli accessi di giovani pazienti dai 18 ai 35 anni con problematiche I.A.D.

In linea con quanto espresso dallo Psichiatra P. Giovannelli, e dal suo team di lavoro presso l'ESC Center for Internet Use Disorders di Milano, secondo cui "Per curare le dipendenze senza corpo, quali sono le dipendenze da Internet, bisogna saper integrare il meglio delle scoperte neuro-cognitive d'avanguardia con le nostre radici culturali, con la saggezza emotivo-

affettiva e con l'abilità delle tecniche terapeutiche a mediazione corporea" (P. Giovannelli, 2010), l'équipe del SerD e del Piano GAP, costituita interamente da Psicologi/Psicoterapeuti, ha proceduto con una valutazione psicodiagnostica specifica, che ha affiancato ai colloqui clinici, la somministrazione di test mirati: Core-om, MCMI-III, SCL.90-R, I.A.T. (Internet Addiction Test – questionario self-report di Young), e, infine, il GPQ e MAC-G, laddove presente il gambling online.

Nel dettaglio, è emerso che i pazienti maschi, dai 19 ai 28 anni, consumavano internet prevalentemente a scopo ludico e di intrattenimento (gaming, gambling e cyber-sex), mentre le pazienti, di età variabile, si connettevano alla rete per 'nutrire' aspetti più strettamente interpersonali, attraverso i social, e la visione compulsiva di serie TV a sfondo romantico, (Drama o BL); nelle pazienti emergeva, inoltre, anche un'attività di shopping compulsivo online.

Abbiamo osservato come l'internet addiction, nei maschi, correlava con aspetti di disregolazione degli impulsi, mentre, nelle femmine, con problematiche di natura ansioso-depressiva, indice di una maggiore vulnerabilità psicologica (Shan et al., 2021).

Nella fase valutativa è emerso, prepotentemente, un disagio interiore che si manifestava con un vissuto anedonico molto intenso, ed un senso profondo di vuoto e di mancanza di connessione con le sensazioni corporee ed i vissuti emotivi.

Osservando il linguaggio del corpo, si notavano scarsa vitalità, un movimento contratto ed un'espressione ridotta, che sembravano mettere in luce una dissociazione marcata tra mente e corpo, di cui i pazienti erano poco consapevoli.

Lamentavano un facile accesso a vissuti di noia ed apatia, e la sperimentazione di un non senso molto profondo, che li spingeva verso una ricerca spasmodica del piacere attraverso la rete, ma, "...l'ossessione per il divertimento tradisce un'assenza di piacere" (Lowen, 1984, p. 11), ed un'incapacità di sperimentarlo nel proprio corpo, tanto da favorire l'instaurarsi dell'internet addiction, attraverso le tre fasi cruciali di coinvolgimento, sostituzione e fuga (K. Young (2000).

A conferma ulteriore di tale inquadramento diagnostico, l'Équipe ha somministrato il TAS-20, da cui sono emersi significativi punteggi di alessitimia, con difficoltà nel definire e verbalizzare i propri stati emotivi, distinguendoli dalle sensazioni corporee.

La terapia di gruppo, iniziata a Gennaio 2025, è ancora in corso, e, sta mettendo in luce, in maniera prepotente, dei corpi silenziati, anestetizzati, interrotti, dove emerge uno scollamento, spesso profondo, tra mente e corpo, tra le funzioni del pensare e del sentire.

L'équipe sta osservando ciò che lo Psicoterapeuta Americano, Alexander Lowen, aveva messo in evidenza nel Dicembre del 1995, durante la conferenza "L'evoluzione in psicoterapia" a Las Vegas, in Nevada, in cui aveva fatto notare quanto segue: "La separazione si è aggravata. La gente è sempre meno in contatto con il proprio corpo a livello di sentimenti e vive sempre più nella testa. I corpi sembrano e sono più morti e in molti casi molto più sformati di quanto abbia mai visto prima. Ma questo cambiamento nella vitalità del corpo non è limitato solo ai miei pazienti. La gente in generale mostra una simile perdita di vitalità nel corpo, evidenziata dalla diffusa condizione di sovrappeso di molte persone, dalla perdita di grazia dei movimenti e dalla mancanza di luce nell'espressione del viso. La gente è più attiva, fa più cose, viaggia di più, ma questa iperattività rappresenta in molti casi l'antidoto alla depressione. In terapia la lamentela dominante è che manca qualcosa che dia senso alla vita. I pazienti hanno la sensazione di non essere realizzati in amore, nelle relazioni o nel lavoro. Sopravvivono, questo è l'unico senso che ha la loro vita. Sopravvivere di per sé non dà senso alla vita e così molte persone ne sono alla costante ricerca in attività esoteriche di vario genere. Altri cercano un senso nella scalata al successo o nell'acquisizione di potere e ricchezza. Ma queste sono ricerche di tipo narcisistico, che non toccano la profonda sensazione interiore di vacuità."

L'attualità drammatica del pensiero di Lowen scuote profondamente i nostri animi di ricercatori: I corpi silenziati, interrotti, privi di luce, repressi, di Lowen (1995), ci raccontano dei "corpi digitali" moderni (2025), immersi in una "virtualità bulimica", menzogna di sogni illusori, dove si ricerca una sopravvivenza iperattiva, immersa in un vuoto assordante.

A conclusione di quanto sopra riportato, e di quanto sta tutt'ora emergendo nel corso dell'esperienza attuale in psicoterapia di gruppo con giovani con internet addiction, l'équipe ritiene fondamentale continuare ad investire nei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione, attraverso l'utilizzo di tecniche a mediazione corporea che favoriscano un'integrazione crescente tra la sfera cognitiva, affettiva e somatica, per facilitare un benessere ed una risoluzione in ambito delle dipendenze emergenti.

Bibliografia

1. Lowen A., Il piacere. Un approccio creativo alla vita, Roma, Astrolabio, 1984
2. Tonioni F., Quando Internet diventa una droga. Ciò che i genitori devono sapere, Torino, Einaudi, 2011

3. Young K. S., Presi nella rete. Intossicazione e dipendenza da Internet, Bologna, Calderini Edagricole, 2000

Sitografia

1. ESC Team Milano., Prevenzione, Diagnosi e Cura delle Dipendenze da Internet, <https://www.escteam.net/>
2. Libriani, S., (2017) A new emergency: the internet addiction Italian Journal of Emergency Medicine, DOI: <https://doi.org/10.23832/ITJEM.2018.016>
3. Lowen A., (1995) Estratto da un intervento alla conferenza "L'evoluzione della psicoterapia" - Milton H. Erickson Foundation Inc, Las Vegas Nevada, http://www.gianfrancobertagni.it/materiali/psiche/Lowen_Guarire_separazione.pdf
4. Ozturk, F. O., & Ayaz-Alkaya, S., (2021). Internet addiction and psychosocial problems among adolescents during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. Archives of psychiatric nursing, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34861951/>
5. Shan X., et al., (2021). Associations Between Internet Addiction and Gender, Anxiety, Coping Styles and Acceptance in University Freshmen in South China, <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.558080/full>
6. We Are Social (2022) Digital Report, <https://www.insidemarketing.it/digital-2022-dati-report-we-are-social-hootsuite/>
7. Young K. S., The Center for Internet Addiction, <http://www.netaddiction.com>

12.2

RESTART 2.0: USO PROBLEMATICO DEI SOCIAL MEDIA

Gariboldi S.*[1], Branchi B.[2], Leccacorvi F.[2], Camarda G.[2], Pignacca M.I.[2], Tadonio L.[3]

[1]UOS SMA-DP, Distretto Fidenza, AUSL Parma ~ Parma ~ Italy, [2]SerDP Fidenza, Ausl Parma ~ Fidenza (PR) ~ Italy, [3]Osservatorio Dipendenze, DAISM-DP Ausl di Parma ~ Parma ~ Italy

Nel 2021, il SerDP di Fidenza ha creato lo Sportello Restart, nato dall'esigenza di accogliere adolescenti e giovani adulti con difficoltà relative alle dipendenze tecnologiche. In seguito ad alcune richieste pervenute al servizio per Uso Problematico dei Social Media (PSMU), il SerDP ha ipotizzato un percorso di trattamento specifico.

Introduzione

Negli ultimi anni, sono stati compiuti importanti progressi nel delineare le caratteristiche dell'Uso Problematico di Internet (PIU), nonostante ad oggi non rientri ancora tra le categorie diagnostiche del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM 5).

Tra le numerose sottocategorie del PIU, è sempre più in aumento l'Uso Problematico dei Social Media (PSMU). Con PSMU, si intende un pattern persistente e disfunzionale di utilizzo dei social, associato a disagio psicosociale, sofferenza emotiva (Mohasseb & Hashemi, 2024) e a compromissione del funzionamento quotidiano della persona nelle sue principali aree di vita (Lewin et al., 2022). Alcuni studi, riferendosi al PSMU, nel declinare tale condizione di problematicità hanno adottato i criteri fondamentali del modello delle componenti della dipendenza, ovvero salienza, tolleranza, alterazione dell'umore, ricaduta, astinenza, conflitto (Griffiths, 2005). In uno studio condotto da Marino et al. (2020), in Italia è stato rilevato che il PSMU colpisce l'8,9% degli adolescenti, segnalando l'importanza di interventi di prevenzione che promuovano un uso consapevole e funzionale dei SM, limitandone i rischi.

Alcune rassegne sistematiche, sembrano confermare

che specifiche modalità di utilizzo dei SM potrebbero essere associate ad esiti sfavorevoli in termini di salute mentale (Thiagarajan et al., 2025). L'uso passivo, l'investimento emotivo, l'esposizione a contenuti centrati sull'aspetto fisico e l'interazione costante con modelli difficilmente raggiungibili, sembrerebbero essere predittivi di peggioramento del benessere psicologico (Hilty et al., 2020; Prasad et al., 2022).

Numerose evidenze scientifiche, inoltre, indicano che un maggiore utilizzo dei SM è stato associato a sintomi più gravi di depressione, ansia e solitudine (Rutter et al., 2021), talvolta connessi e aggravati da esperienze di vittimizzazione online (Lee et al., 2019; Hellfeldt et al., 2020). È stato anche evidenziato come il PSMU sia associato ad ansia sociale e sentimenti di esclusione. Individui con elevati livelli di ansia sociale tenderebbero a preferire interazioni mediate dallo schermo, percepite come meno minacciose. Questa scelta, se reiterata, potrebbe rafforzare il ritiro sociale, mantenendo e alimentando il disagio e ostacolando la costruzione di competenze interpersonali (O'Day & Heimberg, 2021).

Tra gli adolescenti, i SM non sono solo strumenti di comunicazione, ma veri e propri spazi di costruzione identitaria. Tuttavia, questo processo avviene in un ambiente fortemente visivo, competitivo e performativo, dove il valore percepito di sé dipende dal mostrare un contenuto e ricevere feedback dagli altri. Studi su giovani utenti hanno evidenziato come il bisogno di approvazione online, combinato ad un'esposizione continua della propria immagine, aumenti la vulnerabilità a sintomi internalizzanti e favorisca una crescente frammentazione dell'identità (Granic et al., 2024; Sciarra et al., 2024, 2022). In questo scenario, l'immagine corporea appare particolarmente esposta alle pressioni sociali, con evidenze che collegano insoddisfazione corporea, disturbi alimentari e confronto sociale mediato dai contenuti online: Jiotsa et al. (2021), avrebbero infatti sottolineato un'associazione tra la frequenza con cui si confronta il proprio aspetto fisico con quello delle persone seguite sui SM, la disaffezione verso il proprio corpo e il desiderio di magrezza.

Tra i fattori psicologici implicati nella PSMU, anche l'autostima riveste un ruolo centrale. Diverse ricerche hanno dimostrato che chi presenta una fragile autostima tende a ricercare nei SM gratificazione esterna, validazione sociale e conferme identitarie, diventando così più vulnerabile a meccanismi di dipendenza (Meynadier et al., 2022). Nei soggetti con bassa autostima, questa dipendenza dal giudizio altrui può amplificare sentimenti di ansia, inadeguatezza e disforia, contribuendo al mantenimento del PSMU e all'insor-

genza di sintomi depressivi (Granic et al., 2024).

Anche le dinamiche di genere e reputazione contribuiscono in modo significativo a plasmare l'esperienza digitale. Con il termine *web reputation* si intende la percezione che il pubblico ha di una persona nel mondo digitale e si costruisce sulla base di ciò che la persona mostra di sé attraverso quei canali. Korkmazer et al. (2022) hanno messo in luce come gli adolescenti negozino la propria identità online attraverso categorie morali e norme implicite, soprattutto in relazione a sessualizzazione, visibilità e aderenza agli standard estetici, alimentando così forme di stress identitario. Parzialmente collegato al concetto di *web reputation*, è sempre più emergente quello di *online personal branding*, ovvero il processo di costruzione e gestione strategica dell'identità sui SM, volto a pubblicizzare sé stessi o un proprio brand secondo regole di visibilità e marketing (Labrecque et al., 2011). È importante tenere presente questo aspetto nel caso in cui la persona utilizzi i SM anche per questo scopo, in modo da aiutarla a unire coerentemente ciò che si prefigge di comunicare online (valori, missione, stile e personalità del brand) con la sua identità reale.

Sportello ReStart 2.0

Dal 2021, presso il Servizio per le Dipendenze Patologiche (SerDP) del Distretto di Fidenza, Ausl di Parma, è attivo lo sportello ReStart, nato con l'obiettivo di offrire un modello operativo di presa in carico per situazioni di dipendenza tecnologica e gaming.

A seguito della crescente richiesta pervenuta al Servizio in relazione all'utilizzo problematico dei SM, il SerDP di Fidenza ha ipotizzato un ampliamento dello Sportello ReStart che possa includere la presa in carico ed il trattamento dei suddetti casi specifici, attraverso un percorso ad hoc.

Il percorso è rivolto ad adolescenti e giovani adulti, ma anche a genitori o insegnanti che sentono la necessità di una consulenza sul tema. L'idea di intervento proposta ha una durata di circa 6 mesi e si articola in varie fasi: una fase di assessment iniziale, interventi psicoeducativi e, laddove ce ne sia la necessità, interventi di trattamento individuale, familiare e grupale. L'accesso al servizio, in caso di minore età, può essere svolto in un primo momento unicamente dai familiari. I primi colloqui di analisi della domanda, in questo caso, possono aiutare a valutare la necessità di coinvolgere o meno il minore nel percorso. Se l'utente è maggiorenne, può rivolgersi autonomamente al servizio o essere accompagnato dalla famiglia.

L'assessment è costituito da una prima fase di acco-

glienza, analisi della domanda e raccolta anamnestica. Gli obiettivi dei primi incontri sono di accogliere i bisogni con cui la persona e/o la famiglia si presenta, raccogliere le informazioni rilevanti circa la storia di vita e del problema presentato e svolgere un'analisi differenziale con altre possibili patologie.

Durante l'assessment viene posta particolare attenzione a diversi aspetti legati all'uso dei SM, come la quantità di tempo trascorsa sui social, i momenti della giornata in cui la persona si collega, la tipologia delle piattaforme utilizzate e la modalità di utilizzo (passiva/attiva).

Vengono esplorati eventuali episodi di eccessiva reattività e disregolazione emotiva in risposta all'impossibilità di essere connesso ai SM ed eventuali conflitti intra o inter-psichici.

Sono indagati inoltre fenomeni quali la *Fear of Missing Out* (paura che gli altri possano vivere esperienze gratificanti dalle quali si è esclusi), la *tecnofrenza* (l'interferenza della tecnologia nelle relazioni) o il *phubbing* (ignorare chi è presente fisicamente a favore del telefono), cercando di approfondire il più possibile per comprendere il significato personale e le motivazioni di uso che il social assume per la persona. Altri elementi importanti nella valutazione riguardano la presenza di una sintomatologia specifica di tipo ansioso, depressivo, di ansia sociale e bassa autostima. L'obiettivo è quello di valutare quanto l'uso dei SM stia impattando sfavorevolmente sul funzionamento della persona permettendo così di costruire un percorso di trattamento focalizzato sull'esigenza del singolo utente.

È stata inoltre selezionata la seguente batteria di test psicodiagnostici da integrare con le informazioni raccolte attraverso il colloquio clinico:

- Bergen Social Media Addiction Scale - BSMAS (Andreassen et al., 2016): registra il livello di uso problematico, utilizzando i criteri tipici delle dipendenze individuati da Griffiths (2005)
- Inventari di Personalità per il DSM-5 - PID 5 e il PID 5 Adolescenti (Fossati et al., 2013), restituiscono i punteggi dei tratti di personalità secondo il modello alternativo del DSM-5
- Depression Anxiety Stress Scales-21 - DASS 21 (Lovibond, 1995): scala autosomministrata che valuta la gravità di sintomi di depressione, ansia e stress nei giorni precedenti alla somministrazione della stessa
- Five Scale Test Self Esteem For Children (Cavallero et al., 2021): misura il livello di autostima di bambini e adolescenti attraverso quattro sottodimensioni: scolastica, corporea, familiare ed interpersonale

Qualora dovesse emergere, in sede di analisi differen-

ziale, la presenza di altre patologie, verrà valutato l'inizio o la collaborazione con i servizi territoriali competenti quali la Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPiA), il Centro di Salute Mentale (CSM) o altri servizi specifici per il supporto alla persona e alla famiglia.

In caso di presa in carico da parte dello Sportello ReStart, si definisce un contratto terapeutico che può, a seconda dei casi, includere l'utente che presenta la problematica e/o i familiari. Vengono chiariti gli obiettivi del trattamento, le aspettative reciproche e l'impegno delle diverse parti. Viene inoltre esplicitato che la finalità del percorso non prevede la totale eliminazione dell'uso dei SM, quanto la sua regolamentazione, volta ad un uso maggiormente consapevole e che riduca la compromissione del funzionamento ad esso collegato. Tale accordo deve essere raggiunto in presenza di tutti i membri coinvolti, così da garantire uno spazio sicuro in cui ognuno sia legittimato ad esprimere il proprio punto di vista, confrontarsi apertamente e si senta parte di un processo di trasformazione comune e condiviso.

Dopo la prima fase di assessment, il percorso con il paziente si focalizza sul colloquio motivazionale (Miller et al., 2013), allo scopo di consolidare gli obiettivi a breve e a lungo termine e rafforzare l'adesione al percorso terapeutico.

In seguito, è importante far emergere una maggior consapevolezza rispetto al proprio funzionamento sui SM attraverso l'approfondimento delle modalità di utilizzo e interazione, del tempo speso, del tipo di contenuti postati e dei possibili pensieri erronei collegati all'uso dei social. Attraverso l'esplorazione di queste tematiche è possibile far affiorare aspetti importanti che riguardano ad esempio le modalità di comunicazione messe in atto online e offline e le dinamiche relazionali e identitarie che potrebbero rispecchiare eventuali incongruenze tra la rappresentazione del sé digitale e del sé reale (He et al., 2025). La teoria della Discrepanza del Sé (Higgins, 1987), sostiene che quando il Sé ideale (desiderato) viene percepito distante dal proprio Sé reale, si sperimentano emozioni negative, quali disagio, ansia e desiderio di colmare questa discrepanza. Il mondo online fornisce alle persone un continuo confronto rispetto a caratteristiche che possiamo definire desiderabili e, contemporaneamente, la possibilità di sviluppare una propria identità digitale, costruita sulle suddette caratteristiche, che si avvicinerà sempre di più al loro sé ideale (He et al., 2025). Tali incongruenze possono essere esplorate lavorando sull'integrazione delle parti conflittuali emerse, tenendo conto dei bisogni e dei valori della persona, in

modo da sviluppare e negoziare un'immagine di sé coerente con le proprie aspettative, in termini di rappresentazione e auto-percezione.

Vengono inoltre affrontate le tematiche riguardanti i meccanismi relativi alla dipendenza, ponendo l'attenzione sulla perdita di controllo nella gestione dei SM, sulla sottostima delle conseguenze negative, sulla compromissione funzionale nelle varie aree di vita della persona (perdita di relazioni sociali faccia a faccia, evitamento), sui sintomi di astinenza e tolleranza (necessità di aumentare le ore passate sul social, stati emotivi negativi collegati alla diminuzione del tempo di utilizzo), sulla dipendenza dalla ricompensa e dalla gratificazione derivanti dai feedback positivi pervenuti dai follower e sulla compensazione di bisogni che non riescono ad essere soddisfatti nella vita reale.

Obiettivo è lavorare insieme alla persona per concordare una distribuzione del tempo maggiormente equilibrata, che tenga conto dei compiti quotidiani, siano essi scolastici o lavorativi, alternandoli a spazi dedicati al tempo libero che non escludano totalmente l'utilizzo dei SM ma che lo integrino con momenti sempre più frequenti di disconnessione. In particolare, vengono esplorate insieme nuove attività da poter svolgere, aiutando la persona ad identificare o a riscoprire interessi e hobby e a ricostruire interazioni sociali significative. Viene data particolare attenzione alla promozione del benessere digitale, anche attraverso l'uso di strumenti pratici che supportino la persona nell'utilizzo sano e consapevole del digitale. Vengono mostrati ad esempio strumenti come il monitoraggio del tempo trascorso sui SM, l'impostazione di pause regolari dalle attività digitali e l'attivazione di funzionalità che limitano l'arrivo continuo di notifiche.

È ipotizzabile integrare il percorso anche con incontri di gruppo/individuali basati sulla Dialectical Behavior Therapy (Linehan, 1993) per favorire lo sviluppo di strategie di coping più efficaci (Pluhar E. et al., 2020) attraverso l'apprendimento delle abilità previste nei moduli del protocollo. L'intervento pone particolare attenzione a come queste abilità possano contribuire in questo contesto a ridurre l'uso disfunzionale delle piattaforme social, all'interno delle quali le crisi possono manifestarsi attraverso modalità di binge using, ovvero un uso compulsivo e prolungato nel tempo, spesso attivato da stati emotivi intensi e difficili da gestire.

Parallelamente al lavoro con il paziente, il percorso prevede la possibilità di svolgere incontri di consulenza e colloqui psicoeducativi con i familiari. Qualora la persona non aderisse al trattamento o non fosse ritenuto necessario, ad esempio nei casi di minore età, è comunque possibile per la famiglia accedere a questa

parte di percorso. L'intervento può delinearsi in modo flessibile a seconda delle esigenze rilevate in fase di valutazione, supportando lo sviluppo di competenze quali la capacità di comunicare i propri bisogni, la gestione del conflitto e la negoziazione, educando ad un uso consapevole dei SM e informando rispetto alle tematiche legate al mondo delle addiction.

All'intervento psicoeducativo e di skills training segue una fase finale di valutazione del risultato del percorso e delle competenze acquisite, sia per il paziente che per i familiari, se coinvolti. Si valuta l'efficacia dell'intervento, individuando gli esiti positivi ed eventuali ulteriori necessità: viene analizzato se e come si sono modificate le modalità e le tipologie di utilizzo dei SM, in quali contesti e quali sono le motivazioni che ancora ne sostengono l'utilizzo. In base alla valutazione degli esiti si procede dunque con la conclusione del percorso o, nel caso emergessero ulteriori bisogni, si valuta la possibilità di prolungare l'intervento presso il servizio o di procedere ad un invio per un percorso psicoterapeutico individuale o familiare.

Conclusioni

In una realtà in cui Internet e i Social Media hanno profondamente modificato le modalità di entrare in relazione e i contesti di sperimentazione ed espressione del sé e della propria identità, in seguito alle recenti richieste pervenute al SerDP di Fidenza per Uso Problematico dei Social Media, il Servizio ha ipotizzato un ampliamento dello Sportello ReStart, già in essere dal 2021, che possa includere la presa in carico e il trattamento dei suddetti casi specifici.

L'intervento, rivolto ad adolescenti e giovani adulti, ma anche a familiari o insegnanti, ha come obiettivo quello di supportare la persona a sviluppare e migliorare la consapevolezza rispetto alle proprie modalità di utilizzo dei social media, dei significati ad esso associati e dei meccanismi sottostanti alla dipendenza, affiancandola nella riorganizzazione del tempo libero e nell'adozione di strategie di coping più efficaci utilizzando.

Il percorso ha evidenziato alcune criticità, in particolare, la difficoltà di inserire questa utenza nel contesto di un servizio pubblico altamente connotato; pertanto, si ipotizza di dedicare uno spazio ad uso esclusivo delle richieste pervenute allo Sportello ReStart. Emerge inoltre, la difficoltà di trattare situazioni complesse, dove il PSMU è parte di un disagio più ampio che richiede un intervento maggiormente strutturato. Riteniamo quindi importante, in tal senso, sviluppare e implementare il lavoro di rete con gli altri servizi quali ad esempio NPJA e Spazio Giovani, proseguendo parallelamente ad attuare interventi di prevenzione sul tema.

Bibliografia

Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). Bergen Social Media Addiction Scale. *Psychology of Addictive Behaviors*.

Cavallero, M., Di Pietro, M., Lupo, I., & Marzocchi, G. (2021). The five-scale test of self-esteem for children: A questionnaire for assessing multidimensional self-esteem [Cosa penso di me: Un questionario per la valutazione multidimensionale dell'autostima]. *PSICOTERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTALE*, 27(3), 255-278.

Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, 20(6), 689-708.

Granic, I., Morita, H., & Scholten, H. (2024). Beyond Screen Time: Identity Development in the Digital Age. *Current Directions in Psychological Science*, 33(1), 25-32.

Griffiths, M. D. (2005). A "components" model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197.

He, Z., Li, Y., Zhao, Q., Sun, J., & Zhang, X. (2025). Self-Discrepancy: The Discrepancy Between Digital Identity and Real Identity on Social Media and Its Psychological Impact. *Communications in Humanities Research*, 59(1), 137-146.

Hellfeldt, K., López-Romero, L., & Andershed, H. (2020). Cyberbullying and psychological well-being in young adolescence: the potential protective mediation effects of social support from family, friends, and teachers. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 45.

Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340.

Hilty, D. M., et al. (2020). A scoping review of social media in child, adolescents and young adults: Research findings in depression, anxiety and other clinical challenges. *Current Psychiatry Reports*, 22(11), 58.

Jiotsa, B., Naccache, B., Duval, M., Rocher, B., & Grall-Bronnec, M. (2021). Social media use and body image

disorders: A review. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 586–594.

Korkmazer, B., De Ridder, S., & Van Bauwel, S. (2022). The visual digital self: A discourse theoretical analysis of young people's negotiations on gender, reputation and sexual morality online. *Journal of Youth Studies*, 25(1), 57–72.

Labrecque, LI, Markos, E., & Milne, GR (2011). Personal branding online: processi, sfide e implicazioni. *Journal of interactive marketing*, 25 (1), 37-50.

Lee, M. H. L., et al. (2019). Cyberbullying, social media addiction and associations with depression, anxiety, and stress among medical students in Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3931.

Lewin, K. M., Ellithorpe, M. E., & Meshi, D. (2022). Social comparison and problematic social media use: Relationships between five different social media platforms and three different social comparison constructs. *Personality and individual differences*, 199, 111865.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney psychology foundation.

Marino, C., Lenzi, M., Canale, N., Pierannunzio, D., Dalmasso, P., Borraccino, A., ... & Weiss, S. (2020). Problematic social media use: associations with health complaints among adolescents. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 56(4), 514-521.

Meynadier, J., Malouff, J. M., Schutte, N. S., & Loi, N. M. (2022). Using Social Media to Cope with Psychological Distress and Fear of Missing Out: The Role of Social Media Reward Expectancies in Social Media Addiction. *Psychological Reports*, 125(5), 2417–2434. <https://doi.org/10.1177/00332941221077424>.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Mohasseb, N., & Hashemi, M. (2024). Effectiveness of Individual Psychotherapy Program for Information and Communication Technologies for Instagram Addiction.

Journal of Client-Centered Nursing Care, 10(3), 179–190.

O'Day, E. B., & Heimberg, R. G. (2021). Social media use, social anxiety, and loneliness: A systematic review. *Computers in Human Behavior Reports*, 4, 100122.

Pluhar, E., Jhe, G., Tsappis, M., Bickham, D. e Rich, M. (2020). Adattare la terapia dialettico comportamentale per il trattamento dell'uso problematico dei media interattivi. *Journal of Psychiatric Practice*, 26 (1), 63-70.

Prasad, S., et al. (2022). Anxiety and depression amongst youth as adverse effects of using social media: A review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(3), e29925. <https://doi.org/10.2196/29925>.

Rutter, L. A., Thompson, H. M., Howard, J., Riley, T. N., De Jesús-Romero, R., & Lorenzo-Luaces, L. (2021). Social media use, physical activity, and internalizing symptoms in adolescence: Cross-sectional analysis. *JMIR mental health*, 8(9), e26134.

Sciara, S., Contu, F., Bianchini, M., Chiocchi, M., & Sonnewald, G. G. (2024). Going public on social media: The effects of thousands of Instagram followers on users with a high need for social approval. *Computers in Human Behavior*, 146, 107761.

Sciara, S., Regalia, C., & Gollwitzer, P. M. (2022). Resolving incompleteness on social media: Online self-symbolizing reduces the orienting effects of incomplete identity goals. *Motivation Science*, 8(3), 268–275. <https://doi.org/10.1037/mot0000274>.

Thiagarajan, TC, Newson, JJ, e Swaminathan, S. (2025). Proteggere la mente in via di sviluppo nell'era digitale: un imperativo politico globale. *Journal of Human Development and Capabilities*, 26 (3), 493–504.

12.3

L'USO DEGLI INIBITORI SELETTIVI DELLA RICAPTAZIONE DELLA SEROTONINA COME POSSIBILE OPZIONE NEL TRATTAMENTO DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO. UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Gennari R.*[1], Capretti N.[1], Greco G.[2], Mastrostefano A.[3]

[1]Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia, Sapienza Università di Roma ~ Roma ~ Italy, [2]Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore ~ Roma ~ Italy, [3]Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Ovest Milanese ~ Milano ~ Italy

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo o Gioco d'Azzardo Patologico è una patologia complessa che richiede interventi integrati. Questa scoping review ha mappato 20 studi (1998-2023) sull' utilizzo degli Inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) nel trattamento del GAP, con evidenze favorevoli per fluvoxamina, paroxetina ed escitalopram.

Introduzione

In sanità pubblica il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il relativo fenomeno della dipendenza richiede interventi integrati di prevenzione, cura e riabilitazione. Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) o Gioco d'azzardo Patologico (GAP) è un disturbo problematico persistente o ricorrente che porta a disagio o compromissione clinicamente significativa, come irriabilità in caso di interruzione, uso del gioco come strategia di fuga, tendenza a rincorrere le perdite e compromissione delle relazioni o dell'attività lavorativa. Alle consolidate e ampie attività di prevenzione, è necessario implementare congiuntamente un percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale con una presa in carico del paziente di tipo multicomponent attraverso le articolazioni dedicate dei servizi per le dipendenze. Considerata la complessità del fenomeno neurobiologico, anche i trattamenti farmacologici, che allo stato attuale non risultano ufficialmente approvati,

possono costituire una possibile opzione terapeutica. In particolare, gli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) aumentano la disponibilità di serotonina e potenziano il firing serotoninergico, incrementando i potenziali d'azione generati e l'attività delle reti neurali.

Lo studio si propone l'obiettivo di mappare e descrivere le caratteristiche delle evidenze scientifiche presenti in letteratura scientifica sull'utilizzo degli SSRI come possibile opzione terapeutica per il DGA o GAP, individuando possibili gap o aree di sviluppo innovative.

Materiali e Metodi

La mappatura delle evidenze scientifiche è stata effettuata mediante una ricerca degli studi della letteratura individuando una domanda di ricerca tramite stringa di ricerca, costituita da parole chiave interconnesse, consultando 3 basi di dati: MEDLINE (via PubMed), CINAHL Complete (via EBSCOhost) e APA PsycInfo (via EBSCOhost). Gli studi sono stati individuati e selezionati secondo il metodo PRISMA-ScR in base alla tipologia (studi primari), alla lingua (inglese) e alla disponibilità di full text. I criteri di eleggibilità sono stati definiti in base al framework PCC: Popolazione (popolazione di età maggiore di 18 anni adulta affetta da GAP), Concetto (utilizzo di SSRI) e Contesto (Strutture assistenziali). Dopo la lettura dei full text, è stata completata l'inclusione degli studi. L'intero processo è stato illustrato nel diagramma di flusso (Figura 1). Successivamente sono state eseguite l'estrazione, la raccolta e la sintesi dei dati, riportandoli in apposite tabelle.

Risultati

La ricerca bibliografica ha prodotto inizialmente 169 contributi scientifici, pubblicati fino a maggio 2025. Il processo di selezione e inclusione ha condotto a 20 studi (Figura 1). Gli studi selezionati sono stati pubblicati dal 1998 al 2023, un intervallo temporale moderatamente esteso, con una distribuzione pressoché omogenea. L'attività scientifica è rilevante negli USA: sono stati individuati 5 Randomized Controlled Trial (RCT), 1 Case Report e altri 4 studi clinici sperimentali. In Europa sono stati condotti 3 RCT, 3 Case Report e 1 studio clinico sperimentale; 3 RCT in Israele e un Case Report in Cina. Gli SSRI utilizzati, caratterizzati da un profilo di selettività specifico per il recettore SERT, sono 6: la fluvoxamina è impiegata in 5 studi, il citalopram in 4 studi, la fluoxetina in 3 studi, l'escitalopram in 3 studi, la sertralina in 3 studi e la paroxetina in 2 studi. La somministrazione è giornaliera e i dosaggi sono variabili (Tabella 1). L'outcome è stato misurato tramite più tipologie di scale clinimetriche, tra le

quali le più rappresentate sono la Clinical Global Impressions scale (CGI), la Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale modificata per PG (PG-YBOCS) e l'Hamilton Anxiety Rating Scale. Da una preliminare interpretazione dei risultati emerge un outcome favorevole in 17 studi, in particolare con l'utilizzo di fluvoxamina, paroxetina e escitalopram. In quasi tutti gli studi il setting assistenziale è costituito da strutture sanitarie a forte presenza universitaria, mentre i neurologi e gli psichiatri sono gli specialisti maggiormente coinvolti.

Conclusioni

Da una prima interpretazione dei risultati emerge come l'utilizzo degli SSRI possa rappresentare una promettente opzione terapeutica per il DGA o il GAP. Considerata l'eterogeneità degli studi, è necessario considerare l'avvio di ulteriori studi clinici, con metodologie più rigorose, ampliando il reclutamento anche nei setting assistenziali territoriali.

Il supporto della ricerca clinica è fondamentale per guidare gli aspetti regolatori dei farmaci, al fine di garantire efficacia, sicurezza e appropriatezza nella pratica clinica, ampliando le opzioni di cura per la persona con disturbo da gioco d'azzardo presa in carico nei servizi territoriali per le dipendenze.

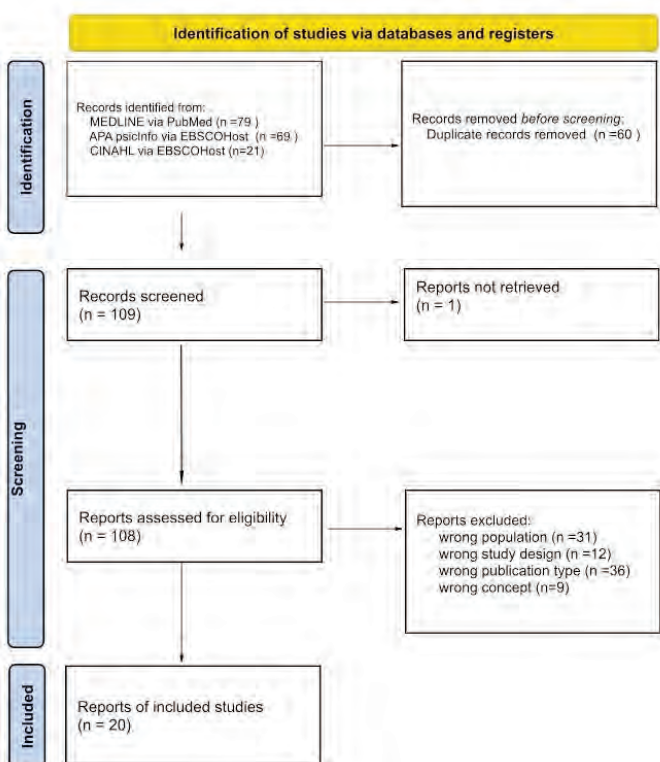


Figura 1. Flow Chart del processo di selezione degli studi.

Autori	Anno	Paese	Titolo	Farmaco	Tipologia di Studio
Hollander E. et al.	1998	USA	Short term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling.	Fluvoxamina	RCT in aperto
Hollander E. et al.	2000	USA	A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathological gambling.	Fluvoxamina	RCT
Kim SW. et al.	2002	USA	Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study	Paroxetina	RCT
Blanco C. et al.	2003	USA	A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling.	Fluvoxamina	RCT
Zimmerman M. et al.	2003	USA	An open label study of citalopram in the treatment of pathological gambling.	Citalopram	Open label
Ruestter JO. et al.	2003	USA	Multisystemic intervention and fluoxetine for pathological gambling disorder: A single case study.	Fluoxetina	Case Report
Marconi MC. et al.	2004	Italia	Improvement of Pathologic Gambling Symptoms After Administration of Sertraline: A Case Report.	Sertralina	Case Report
Dannon PH. et al.	2005	Israele	Escitalopram versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: a randomized, blind-rater comparison study.	Fluvoxamina	RCT
Saiz-Ruiz J. et al.	2005	Spagna	Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study	Sertralina	RCT
Grant JE. et al.	2006	USA	Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: an open-label pilot study with double-blind discontinuation	Escitalopram	RCT
Dannon PH. et al.	2007	Israele	12-month follow-up study of drug treatment in pathological gamblers: a primary outcome study.	Fluvoxamina	RCT in aperto
Black DW.	2007	USA	An open label trial of escitalopram in the treatment of pathological gambling.	Escitalopram	Studio clinico non randomizzato
Lincoln TR. et al.	2008	Nigeria	A case report of compulsive gambling addiction: author's own experience.	Sertralina	Case Report
Blanco C. et al.	2009	USA	A pilot study of fluoxetine and comorbidity in pathological gambling.	Paroxetina	RCT
Rosenberg D. et al.	2013	Israele	Four-year follow-up study of pharmacological treatment in pathological gamblers.	Escitalopram	RCT
Macoveanu L. et al.	2013	Danimarca	Playing it safe but losing anyway: serotonergic signaling of negative outcomes in dorsomedial prefrontal cortex in the context of risk aversion.	Citalopram	Studio clinico non randomizzato
Marinowski J. et al.	2014	Danimarca	Effects of selective serotonin reuptake inhibition on neural activity related to risky decisions and monetary rewards in healthy males.	Fluoxetina	RCT
Cuomo L. et al.	2014	Italia	Citalopram-associated gambling: a case report	Citalopram	Case Report
Behrúcc G. et al.	2022	Germania	Influences of social uncertainty and serotonin on gambling decisions	Citalopram	RCT
Bai M. et al.	2023	Cina	Fluoxetine combined with meprobamate in treatment of online gambling disorder: case report	Fluoxetina	Case Report

Tabella 1. Elenco degli studi inclusi con le rispettive caratteristiche

12.4

LA GRANDE SCOMMESSA

Carulli C. *, Mansi G., Tozzi P.B.

DDP SerD/GAP ASL BT ~ Andria ~ Italy

Il Piano di Comunicazione dell'ASL BT. Azioni di informazione, sensibilizzazione e prevenzione nell'ambito del contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico (G.A.P.)

Abstract

Il tema delle dipendenze comportamentali è da tempo oggetto di interesse per studiosi, clinici e ricercatori. In merito a questo argomento, la domanda a cui si cerca di dare una risposta consiste nel provare ad analizzare quali sono i meccanismi che si innescano affinché una semplice abitudine diventi una vera e propria schiavitù. Nello specifico ci si interroga su cosa effettivamente accade quando un determinato comportamento diventa il centro nevralgico della vita delle persone. Le dipendenze comportamentali, storicamente sono state concettualizzate in differenti modi, difatti venivano ricondotte per lo più a patologie legate allo spettro ossessivo-compulsivo o venivano considerate come disturbi del controllo degli impulsi. La riduzione della capacità di gestione e controllo sia degli impulsi che della compulsione sono infatti aspetti centrali sia nelle dipendenze patologiche da sostanze, che in quelle comportamentali, come il G.A.P., la cleptomania, il comportamento sessuale compulsivo e lo shopping compulsivo. In essi si evidenzia una diminuzione degli effetti positivi che questi comportamenti producono sull'umore delle persone in una condizione di "normalità". L'instaurarsi dell'eccessiva ripetitività del comportamento e la conseguente necessità di aumentare l'intensità dell'azione compulsiva, comporta la rottura dell'equilibrio di tutti gli aspetti che riguardano la vita della persona.

Il gioco d'azzardo, sebbene da millenni faccia parte delle attività umane, ad oggi rappresenta un fenomeno sociale e culturale in progressiva espansione. Alla fine del XIX secolo il gioco d'azzardo - dopo che per molti anni è stato sotto l'occhio religioso, divulgando l'idea che il gioco è peccato, o del diritto, che associava il gioco ad un vero e proprio reato - è pian piano diventato un fenomeno di interesse sanitario, in cui final-

mente il gioco, se praticato in modo compulsivo, è considerato una vera e propria malattia. Nel giocatore con dipendenza, l'impulso per il gioco diviene un bisogno irrefrenabile e addirittura incontrollabile. Questa sensazione è accompagnata da una forte tensione emotiva ed una totale o parziale incapacità di ricorrere ad un pensiero riflessivo e logico. Quindi, la ludopatia si basa proprio su un impulso irrefrenabile a giocare e scommettere.

Cosa può aiutare una persona ad uscire da questo tipo di dipendenza? Un primo passo è sicuramente acquisire la consapevolezza di avere un problema, che ha delle gravi conseguenze sia per se stesso che per le persone che lo circondano. Uno strumento clinico utile è quello di far ripercorrere la storia di vita del soggetto, capire che funzione ha il sintomo, analizzando le relazioni familiari e sociali, indispensabili per aiutarlo a controllare il suo bisogno di dipendenza. Sicuramente nessuno è in grado di uscire da una dipendenza da solo, per questo è necessario l'aiuto di specialisti del settore che possano aiutare e seguire la persona durante il suo lungo e difficile percorso. Il Sistema Sanitario rende possibile la creazione di rete composta da servizi pubblici e del privato sociale, attuando nei confronti del ludopatico una presa in carico territoriale e multidisciplinare, ma soprattutto è necessario compiere azioni di prevenzione dei fenomeni descritti. Sensibilizzare la cittadinanza, mediante incontri ed eventi strutturati è il primo passo per poter andare ad agire sul contrasto al G.A.P.

Attraverso questo contributo viene posto il focus sulla comunicazione istituzionale, erogata dalle Aziende Pubbliche Sanitarie, come strumento necessario per aumentare la conoscenza e l'empowerment del cittadino, attenzionando il fenomeno della Ludopatia, in relazione alla prevenzione ed al contrasto del G.A.P., al fine di creare conoscenza e consapevolezza per questa particolare forma di patologia presente nel DSM V.

In un mondo in cui tutti gli individui sono interconnessi e interdipendenti tra loro, tutto può diventare informazione. Lo sviluppo delle dinamiche digitali ha moltiplicato la velocità di diffusione di informazioni, ma non solo: la rapida accessibilità alle notizie è riuscita a porre sullo stesso piano cittadini, istituzioni e aziende, tutti con la stessa capacità di esprimere il proprio giudizio in modo rapido, immediato e soprattutto pubblico.

Tra le nuove strategie di intervento messe in campo, è utile osservare come le ASL, ed in particolar modo l'ASL BT, abbiano il potere di strutturare un efficace Piano di Comunicazione, mediante l'utilizzo di eventi pubblici, al fine di promuovere tutti i comportamenti che favoriscono la tutela della salute, facilitando il cambiamen-

to sociale. Con la predisposizione di eventi si dà la possibilità di accedere ed aderire ai programmi di prevenzione e di cura, coinvolgendo attivamente la popolazione, mediante il processo di engagement.

Keywords: sanità, dipendenze, G.A.P., ludopatia, informazione, sensibilizzazione, prevenzione, comunicazione.

Introduzione

Le Corporate Public Relations definiscono consapevolmente la comunicazione tra organizzazione e pubblico. Il compito principale delle Public Relations è quello di costruire un'immagine positiva e duratura dell'organizzazione, utilizzando una buona politica della comunicazione, che ogni buon piano aziendale dovrebbe tenere sempre in considerazione.

Prestare attenzione al processo mediatico incide su quella che è la reputazione di un'azienda e di un intero ente. I Public Affairs rappresentano una materia strategica il cui obiettivo è quello di costruire e mantenere tutte le relazioni positive e produttive con gli Stakeholder di riferimento, creando Relazioni Istituzionali.

Discussione

Nell'universo dei Public Affairs, le Aziende Sanitarie Locali compiono significative azioni di lobbying; pertanto, per queste organizzazioni è indispensabile saper strutturare un'appropriata ed efficace strategia comunicativa. Il potere di influenza che esercita la Pubblica Amministrazione ha portato gli organi istituzionali a disciplinare le "attività di informazione e comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni". Trattasi di attività finalizzate all'attuazione dei principi di trasparenza ed efficacia dell'azione amministrativa. Come ogni altra azione di sanità pubblica, la comunicazione necessita di essere adeguatamente pianificata e valutata negli effetti. Anche nel contesto sanitario, il processo di comunicazione deve iniziare con la definizione degli obiettivi, delle priorità e dall'analisi del target. Gestire una campagna di comunicazione in ambito sanitario può aiutare a indurre un cambiamento sociale duraturo, adottando policy innovative in tema di salute. Nel campo del contrasto alle dipendenze, le Aziende Sanitarie, mediante il ruolo dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche, sono orientate a promuovere programmi di intervento in grado di ridurre i fattori di rischio e di potenziamento dei fattori protettivi. La prevenzione è la principale azione volta ad evitare e ridurre i rischi di possibili danni alla salute correlati all'uso/abuso di sostanze psicoattive legali e/o illegali e/o all'insorgenza di dipendenze comportamentali. Per poter garantire un sistema di intervento dinamico

è fondamentale il coinvolgimento e il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali presenti a livello nazionale, regionale e territoriale. È indispensabile creare sinergia tra tutte le risorse (umane, professionali, tecniche, organizzative, sociali e finanziarie) necessarie, al fine di poter governare tutti quelli che sono gli strumenti e le attività preventive da mettere in campo.

Attuare una campagna di comunicazione in cui siano definite le diverse strategie integrate di comunicazione istituzionale nell'ambito delle Dipendenze Patologiche, potrebbe aiutare ad attuare i famosi principi di informazione, promozione e prevenzione.

La normativa, inoltre, permette di andare a stanziare specifiche risorse riguardanti particolari tipologie di Dipendenze Comportamentali. Nello specifico con la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016) ha previsto l'istituzione, presso il Ministero della Salute, del Fondo per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico (G.A.P.). Attraverso l'utilizzo del fondo è possibile implementare sia le azioni di cura e riabilitazione, che quelle di prevenzione, coordinate dai Dipartimenti per le Dipendenze. La comunicazione strategica costituisce lo strumento necessario per aumentare la conoscenza e l'empowerment del cittadino, anche in materia di dipendenze comportamentali.

Affinché il processo di engagement possa realizzarsi, pure le Aziende Sanitarie Locali, così come avviene per le organizzazioni di business, possono utilizzare diverse strategie di comunicazione ed avvalersi di diversi "attrezzi del mestiere", tra cui l'ideazione, l'elaborazione e la realizzazione di eventi e la definizione di un piano di comunicazione efficace, che possa sostenere le attività aziendali svolte. In particolar modo si può sottolineare quanto sia utile per la tutela dei cittadini parlare delle nuove forme di Dipendenze Patologiche Comportamentali, soprattutto di Ludopatia, in relazione alla prevenzione ed al contrasto del G.A.P., al fine di creare conoscenza e consapevolezza della materia. La stessa Regione Puglia, già a partire dal 2013, ha voluto puntare sulla costruzione di nuovi modelli organizzativi, dando l'opportunità alle diverse ASL di strutturare progettualità che potessero portare all'attuazione di percorsi di interazione tra sanità e cultura. Da qui l'idea di utilizzare gli eventi come mezzo di diffusione di informazioni. La mission di questo nuovo approccio ha lo scopo di favorire l'informazione e l'educazione sulle conseguenze derivanti dall'abuso patologico del Gioco D'Azzardo. Per poter mettere in campo tale obiettivo è necessario puntare su tutte quelle azioni legate alla promozione di iniziative e progetti di prevenzione, anche avvalendosi della collaborazione di

soggetti terzi, che possono aiutare a creare una rete di supporto operativa. Tutto ciò è necessario per favorire l'attività delle organizzazioni che si mettono in gioco per prevenire e contrastare la diffusione del gambling.

Il piano di attività per il contrasto al Gioco D'Azzardo della Regione Puglia

La delibera di Giunta Regionale del luglio 2017 riguardante il "Piano di attività per il contrasto al Gioco d'Azzardo", ha identificato il Consorzio Teatro Pubblico Pugliese (T.P.P.), ad oggi Puglia Culture, come potenziale attuatore delle azioni culturali volte al rafforzamento dell'intera azione di sensibilizzazione affidata a tutte le ASL del territorio. Infatti, le ASL Pugliesi, utilizzando differenti modalità e predisponendo molteplici attività, hanno incaricato il T.P.P. - Puglia Culture di realizzare una serie di percorsi culturali, come workshop di teatro e musica, show teatrali e meeting e conferenze di sensibilizzazione, per prevenire la dipendenza da Gioco d'Azzardo, con l'intento di insegnare a riconoscere i campanelli d'allarme e i rischi a cui la popolazione si espone.

Le attività promosse dall'ASL BT

Nel mese di febbraio 2024 l'ASL BT ha destinato le somme del relativo D.D.P. al proseguimento delle azioni del progetto "G.A.P. ASL BT - Piano GAP 2018/2019", demandando alla Direzione U.O.S.V.D. Informazione, Comunicazione l'attuazione degli obiettivi di comunicazione e informazione prefissati, in sinergia con il Consorzio T.P.P. - Puglia Culture.

Le iniziative a carattere informativo e comunicativo sono state realizzate costruendo legami volti a favorire una corretta cultura del gioco. La finalità principale è quella di riuscire a sensibilizzare la cittadinanza sulla problematica da dipendenza da G.A.P., facendo conoscere alla popolazione locale qual è la rete di servizi attivi messa a disposizione dall'ASL BT. Il Dipartimento, in coordinamento con il suo servizio G.A.P., si è attivamente occupato della costruzione della progettualità che ha dato vita ad uno specifico percorso di sensibilizzazione, attuato grazie all'appoggio del T.P.P. - Puglia Culture.

La strada intrapresa ha portato alla realizzazione di una serie di eventi pubblici finalizzati all'awareness delle attività di prevenzione e cura sul contrasto al G.A.P. erogate dal Servizio Sanitario mediante la messa in scena di un testo teatrale derivante da un laboratorio di scrittura terapeutica.

L'esigenza di portare alla luce le attività svolte dal Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (D.D.P.) e dal Servizio Territoriale G.A.P. ha fatto nascere il per-

corso formativo e culturale intitolato "La Grande Scommessa". Il progetto "La Grande Scommessa" è un importante contenitore che raggruppa tutte le attività di promozione e di contrasto al gambling addiction. La strada intrapresa dall'ASL BT per la realizzazione di questo progetto passa anche attraverso importanti iniziative di formazione e sensibilizzazione rivolte al personale sanitario e amministrativo dell'azienda, nonché a tutti gli stakeholder che esercitano un ruolo attivo di prevenzione e promozione del gioco consapevole.

In questo scenario trova la sua collocazione il Consorzio T.P.P. - Puglia Culture, che ha collaborato con il servizio sanitario pubblico nel realizzare un importante workshop di scrittura terapeutica, con la conseguente messa in scena di uno spettacolo teatrale dal claim esplicativo "Un Giocatore". Nello specifico sono stati realizzati dei laboratori espressivi rivolti a sei utenti selezionati, già in carico al Servizio Territoriale G.A.P. Le attività laboratoriali, condotte dall'attore e drammaturgo Michele Santeramo, sono state organizzate mediante la predisposizione di una serie di incontri in cui si sono articolate interviste anonime rivolte ai pazienti G.A.P.

In questa fase, la finalità del progetto è stata quella di conoscere le storie intime delle persone, elaborarle con lo scopo di poterle raggruppare, creando un testo teatrale ricco di spunti reali e personali da mettere in scena e quindi, poter permettere di dare la giusta dignità a chi si trova a combattere con questa dipendenza. Tutto il materiale prodotto all'interno del percorso laboratoriale ha permesso la realizzazione del monologo che ha dato vita allo spettacolo "Un Giocatore".

Lo spettacolo ha assunto le vesti di una vera e propria rassegna teatrale itinerante nei comuni della provincia BT. La Prima è avvenuta la scorsa estate in una struttura storica nel centro storico della Città di Andria, in occasione della Giornata Mondiale contro le Dipendenze. Successivamente sono state predisposte altre serate, che hanno accompagnato il panorama culturale provinciale per tutto l'autunno/inverno. Lo spettacolo è stato messo in scena a Bisceglie, a seguire nella città di Trani, poi ancora a Canosa di Puglia; la serata finale è stata svolta nella città di Barletta. I luoghi selezionati sono stati sempre teatri storici o location culturalmente rilevanti per l'intero territorio provinciale.

Il target degli spettatori non comprendeva solo le persone interessate da tale patologia, ma grazie a campagne social si è voluto raggiungere segmenti differenti di persone: gente interessata al mondo dell'arte e del teatro, persone che provano un interesse particolare nel sensibilizzare la popolazione sulla prevenzione di

questa particolare forma di patologia, professionisti del settore, docenti e insegnanti, rappresentanti delle istituzioni, giovani, meno giovani, etc.

Per raggiungere il più vasto pubblico sono state messe in campo tutte le strategie di comunicazione, da quelle più tradizionali, fino all'utilizzo di strumenti digital-web e social.

Sicuramente il tone of voice utilizzato sui canali di diffusione ha assunto forme istituzionali, in quanto trattasi appunto di una comunicazione proveniente da un ente pubblico.

La campagna di comunicazione ASL e gli esiti

Il primo passo effettuato dall'U.O.S.V.D. Informazione e Comunicazione della ASL BT è stato quello di indire la conferenza stampa ufficiale, attuata al fine di introdurre e presentare l'iniziativa. La conferenza ha preso la forma di un evento pubblico destinato agli addetti ai lavori e alle testate giornalistiche locali. Alla conferenza sono seguite interviste agli organizzatori da parte della stampa locale, per poi essere redatte o trasmesse sulle loro testate online. Per identificare l'evento, l'ufficio comunicazione ha realizzato una locandina (vedi Fig. 1) utile sia per la comunicazione offline, relativa alla cartellonistica, sia come banner per i contenuti web, come feed per i contenuti social ed anche per la diffusione a mezzo whatsapp.

Fig. 1



Oltre ai contenuti grafici elaborati, si sono realizzati prodotti fotografici e video, al fine di documentare l'iniziativa. La conferenza stampa è stata pubblicata innanzitutto sui canali web e social dell'ASL BT: è possibile trovare il riferimento dell'evento sia sul sito web ufficiale dell'azienda, che sulla pagina Facebook, Instagram e LinkedIn (vedi Fig. 2).

Visionando i risultati sul web, si nota che il maggior tasso di conversione rate deriva dalla pagina Facebook ufficiale dell'azienda, che porta il maggior numero di

Fig. 2



like e ri-condivisioni del post. Ricercando sul principale motore di ricerca, Google, le keyword "La Grande Scommessa ASL BT", compaiono tra i primi risultati gli articoli pubblicati sui canali web dell'azienda e del Teatro ed a seguire gli articoli delle testate giornalistiche locali. Tra i risultati ottenuti, in ambito social compaiono i contenuti postati sulle pagine Facebook e LinkedIn ufficiali ASL.

Successivamente, nel mese di giugno 2024, è stato messo in scena lo spettacolo teatrale, che ha visto come protagonista la performance di Michele Santeramo, "Un Giocatore". In questo frangente la conferenza stampa è avvenuta a preludio dello spettacolo, facendo in modo che divenisse un unico evento informativo e artistico.

In merito alla produzione dei contenuti grafici utilizzati per la campagna, anche in questo caso - sia per la cartellonistica, che per il digital - si è stabilito di mantenere la stessa locandina elaborata per la presentazione di aprile del progetto "La Grande Scommessa", alla quale è stata affiancata una nuova locandina specifica per lo spettacolo teatrale.

Per l'evento Puglia Culture ha realizzato una pubblicazione cartacea (vedi Fig. 3) in cui è contenuta una breve introduzione che definisce le finalità del Servizio Territoriale G.A.P., un recap sulle iniziative promosse nel corso degli ultimi due anni, una breve spiegazione

Fig. 3



del progetto “La Grande Scommessa” e la prefazione del Presidente del T.P.P. – Puglia Culture. Il corpo principale del libretto è costituito dal testo del monologo teatrale prodotto.

Come avvenuto precedentemente, anche per questo evento di Giugno 2024 si è provveduto a contattare fotografi e videomaker che hanno lavorato per la produzione di contenuti documentativi.

L’ASL BT, si è occupata anche di predisporre i diversi inviti istituzionali, utilizzando i canali aziendali standard, come e-mail e pec. Poco prima dell’evento l’ufficio comunicazione dell’Azienda Sanitaria ha provveduto alla pubblicazione del comunicato stampa ufficiale.

La realizzazione degli inviti, il comunicato stampa, la diffusione dell’informazione tramite passaparola e messaggistica istantanea, il coinvolgimento delle istituzioni comunali locali ed anche il prestigio dell’attore hanno portato un pubblico di 100-120 persone per ogni serata.

Per quanto riguarda l’ASL BT, l’esito dell’evento è stato riportato sul sito istituzionale e sulle pagine social ufficiali, esattamente come avvenuto precedentemente con la presentazione de “La Grande Scommessa”. L’iniziativa è stata postata sui canali social aziendali principali, soprattutto Facebook ed Instagram.

Ricercando in Google le Keyword relative allo spettacolo “Un Giocatore”, tra i risultati in evidenza emerge l’articolo pubblicato sul sito Puglia Salute dell’ASL BT e a seguire compaiono tutti gli articoli delle testate giornalistiche locali.

In primo piano il web mostra e la pubblicazione più importante: il servizio di RaiNews, andato in onda sul TG Regionale RAI e postato sul sito dedicato. Tale diffusione è avvenuta anche per tutte le altre date dello spettacolo.

Conclusioni

Il progetto “La Grande Scommessa” promosso dall’ASL BT, in sinergia con il Consorzio T.P.P. – Puglia Culture, ha mostrato come la comunicazione istituzionale, se adeguatamente pianificata e orientata al coinvolgimento attivo della comunità, possa diventare uno strumento

strategico di prevenzione e contrasto al G.A.P. L’approccio adottato ha valorizzato la dimensione culturale ed esperienziale, integrando linguaggi artistici, canali digitali e strumenti tradizionali di comunicazione. Questo ha consentito di:

- sensibilizzare la cittadinanza su un fenomeno complesso e in continua crescita;
- diffondere la conoscenza dei servizi territoriali di cura e prevenzione;
- favorire processi di engagement che hanno raggiunto target diversificati, dai giovani ai professionisti, dalle istituzioni alle famiglie.

I risultati ottenuti – in termini di partecipazione, visibilità mediatica e interazioni sui social – confermano che la combinazione di reti istituzionali, strumenti comunicativi integrati ed eventi pubblici può produrre effetti significativi sul piano della salute pubblica.

Tuttavia, l’esperienza evidenzia anche la necessità di garantire continuità e sostenibilità alle iniziative di sensibilizzazione, evitando che restino episodi isolati. La sfida futura sarà consolidare questi modelli comunicativi, estenderli ad altri contesti e integrare ulteriormente i servizi sanitari con le risorse culturali e sociali del territorio.

In conclusione, il contrasto al G.A.P. non può prescindere da un’azione comunicativa efficace, capace di unire informazione, educazione e partecipazione, restituendo alla cittadinanza strumenti concreti per la tutela della salute individuale e collettiva.

Bibliografia

- Il libro nero dell’Azzardo. Mafie, dipendenze. giovani. Promosso da Federconsumatori e CGIL. Edizione 2024.
- Relazioni Istituzionali & Lobbying. Strumenti di Management per i Public Affairs. Giulio Di Giacomo. Franco Angeli Edizioni, 2022.
- Disagio esistenziale e dipendenze patologiche. Mario G.L. De Rosa. Edizioni Franco Angeli, 2020.
- Piano Nazionale della Prevenzione. 2020-2025. Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria.
- Dipendenze Comportamentali. Criteri, evidenze, trattamento. Kenneth Paul Rosenberg e Laura Curtiss Feder. Edizioni Edra Masson, 2015.
- La Comunicazione delle Aziende Sanitarie. Comunicazione e Marketing. Giornale Italiano di Nefrologia. 2014.
- Le altre droghe. Cibo sesso televisione acquisti gioco lavoro. Francisco Alonso-Fernández (Autore) S. Zibellini (Traduttore) Edizioni Univ. Romane, 1999.

12.5

L'ATTIVITÀ VIDEOLUDICA, TRA RISCHIO ED OPPORTUNITÀ

Pellerano F.*[1], Gullone M.[2], Giorgetti N.[2], Maurino M.[2]

[1]ASLT03 Regione Piemonte ~ Collegno (To) ~ Italy,
[2]Cooperativa Crescere Insieme di Torino ~ Torino ~ Italy

In questo spazio si intende descrivere il progetto "FreeGamersZone", realizzato dal Dipartimento "Patologia delle Dipendenze" dell'ASLT03 in collaborazione con la Cooperativa Sociale "Crescere Insieme", nell'ambito del Piano per il contrasto al gioco d'azzardo patologico della Regione Piemonte

Per rispondere ad un bisogno emergente, da alcuni anni sono disponibili presso gli ambulatori per le Dipendenze comportamentali del Dipartimento "Patologia delle Dipendenze" dell'ASLT03 dei percorsi di presa in carico, o di consulenza, dedicati alle persone con un uso problematico dei videogiochi e ai loro familiari.

Sebbene sia un fenomeno più diffuso in età adolescenziale, anche gli adulti adoperano i videogiochi, e possono incorrere in un uso eccessivo, sviluppando problematiche che possono impattare negativamente sulla salute fisica e mentale, sulle relazioni, sugli aspetti finanziari, sul lavoro e sullo studio. Inoltre, la letteratura scientifica ha rilevato un collegamento tra il consumo di videogiochi e di gioco d'azzardo: i giocatori con un disturbo da gioco d'azzardo spendono di più in loot boxes, mentre l'acquisto di loot boxes porta a un aumento del gioco problematico tra i gamers.

La nostra esperienza, seppur fondata su piccoli numeri, ha raccolto principalmente due tipologie di richieste: genitori preoccupati per i loro figli per un'attività videoludica percepita come alienante e troppo frequente, e adulti eccessivamente coinvolti dai videogiochi. Per quanto riguarda la prima tipologia, ai genitori viene proposto un percorso informativo e propositivo, con l'obiettivo di far conoscere il mondo dei videogiochi senza pregiudizi, suggerendo di implementarli nella "dieta mediatica" in maniera equilibrata. Un obiettivo non sempre raggiungibile, perché spesso la questione dei videogiochi è solo la punta dell'iceberg di un universo familiare e personale faticoso e conflittuale.

Anche la popolazione adulta può trovare nell'attività videoludica un piacevole passatempo, che può però intaccare la vita di relazione, il lavoro e il tempo libero. A questi soggetti viene proposto un percorso finalizzato ad un uso maggiormente consapevole ed equilibrato della tecnologia digitale. In alcuni casi si è trattato di soggetti con comorbidità psichiatrica.

La maggior parte degli adolescenti e degli adulti hanno speso importanti somme di denaro con acquisti in-game e loot boxes.

A seconda delle valutazioni effettuate in fase di accoglienza e della storia individuale, tenendo conto delle attività che si possono svolgere online e offline riferite al gaming e più in generale all'uso della tecnologia digitale, si propongono una o più aree su cui intervenire, spazi di lavoro che possono raggiungere profondità diverse.

Il trattamento prevede il coinvolgimento attivo della famiglia, soprattutto per il target adolescenti/giovani adulti, con un breve percorso psicoeducazionale. È stato pubblicato un breve vademecum da consegnare ai familiari alla fine dei tre incontri, nel quale viene proposto di riflettere sui seguenti temi:

- Avvicinarsi al mondo della tecnologia e al rapporto che si ha con essa, in modo che diventi un momento di confronto
- Osservare i momenti gioco del figlio/a
- Invitare ad interessarsi al gioco con curiosità
- Non vietare o interrompere improvvisamente il gioco, modalità che spesso attiva rabbia e innescano un vortice di conflittualità non produttiva
- Ricordare che non è lo strumento in sé ad essere nocivo ma l'uso compulsivo, eccessivo e inconsapevole
- Entrare in una dimensione di contrattazione rispetto al tempo di gioco, per mantenere un equilibrio con gli altri impegni quotidiani.

In quest'ottica il Servizio Spazio Altrove ha incontrato l'esperienza degli EduGamers, ritenendo il loro intervento molto interessante e utile, per essere implementato nelle attività proposte alle persone che si rivolgono agli ambulatori e nell'ambito di azioni informative, di prevenzione e di promozione della salute.

L'EduGamer è una nuova figura professionale, ideata dalla Cooperativa "Crescere Insieme" di Torino, che unisce la formazione accademica e professionale in campo psicologico, educativo e pedagogico alle competenze videoludiche. Si tratta di uno psicologo o educatore professionale con grande esperienza da gamer che viene formato in maniera specifica sulle tematiche del digitale e del gaming, al fine di valorizzare in ambito educativo i differenti bagagli di competenze.

L'EduGamer affianca ragazzi e ragazze nell'esperienza videoludica, supportandoli nel loro percorso di matura-

zione digitale, nell'esplorazione delle abilità sviluppate dai videogiochi, nell'autoregolazione del tempo di gioco e nella scoperta di sé e delle proprie emozioni. L'EduGamer conosce il mondo videoludico e comunica facilmente con i giovani gamers, offrendosi allo stesso tempo agli adulti non gamers come interprete delle dinamiche videoludiche e mediatore nel dialogo tra generazioni. Il suo intervento mira a restituire un significato educativo alla pratica videoludica e a promuovere un uso consapevole dei videogiochi.

Per quanto riguarda i pazienti in carico al Servizio, una volta individuato il soggetto e compilata la scheda di segnalazione da parte dell'operatore inviante, l'EduGamer prende contatto e stabilisce le tre sessioni di gioco online o in presenza, con i seguenti obiettivi: fornire chiavi di lettura critica dei rituali e dei modelli proposti dai videogiochi popolari, offrire suggestioni per comprendere e gestire le emozioni che si scatenano giocando, portare riflessioni su abilità e competenze sviluppate dalla pratica del gaming, riflettere sui comportamenti sociali utili a costruire relazioni positive in rete, monitorare gli acquisti in-game e di loot boxes per prevenire o modificare attività legate al gioco d'azzardo, proporre modalità per autoregolare il proprio tempo di gaming e condividere esperienze e consigli per mantenere il "gusto" del reale. Al termine dell'esperienza verrà redatta e restituita una relazione al Servizio.

Ai genitori viene proposto un percorso di tre incontri con l'intento di facilitare il dialogo, contribuendo a colmare il fisiologico gap di conoscenza che si manifesta sul tema videogiochi, e di fornire alle famiglie strumenti utili per affrontare le ansie e le perplessità di fronte a un fenomeno in crescita che riconoscono come estraneo.

L'EduGaming Zone è un luogo progettato per ragazze e ragazzi che hanno una passione per i videogiochi. La collocazione di tale spazio all'interno delle biblioteche nasce dal riconoscimento del ruolo centrale che queste svolgono nello sviluppo del welfare e della coesione sociale. Le biblioteche oggi fungono da veri incubatori socioculturali, promuovono la diffusione di nuovi servizi culturali e di animazione capaci di avvicinare le persone e metterle in contatto. Proporre all'interno di tali spazi culturali un progetto centrato sull'educazione al gioco, e in particolare al gioco digitale, consente di offrire al mondo adulto occasioni di confronto sul tema fondamentale dell'uso delle tecnologie e permette di portare i ragazzi a popolare i luoghi deputati alla creazione e diffusione della cultura.

L'EduGaming Zone prevede una apertura settimanale di tre ore e una modalità di accesso libera e gratuita.

Lo spazio è definito da poche semplici regole di com-

portamento, che i partecipanti sono tenuti a rispettare per garantire il benessere di tutti i presenti. Al primo accesso, si richiede di effettuare l'iscrizione, che viene gestita secondo un sistema di tesseramento gamificato: vengono proposti quattro livelli differenti di tessere, ciascuno dei quali offre accesso a diversi vantaggi (quali ad esempio la scelta dei giochi da acquistare per arricchire il catalogo dei giochi disponibili, utilizzo esclusivo del visore VR). Per guadagnare la tessera di livello superiore si richiede il completamento di alcune "sfide" che ingaggiano i ragazzi anche al di fuori dello spazio dell'EduGaming Zone.

Lo spazio viene allestito con tv console di gioco, un simulatore di guida e delle sedute colorate. Queste ultime, quando realizzate ad hoc, sono elementi modulabili la cui forma richiama i mattoncini del popolare gioco "Tetris", elementi con i quali si ha la possibilità di interagire, impilare, giocare.

Tutti gli elementi presenti sono pensati per sollecitare un'esperienza ludica che sia tanto reale quanto virtuale e che consenta ai ragazzi di dare forma e attribuire significato all'esperienza vissuta.

Su questa scia, vengono proposti e messi a disposizione il quaderno delle dediche e il modulo per la recensione dei giochi provati, strumenti che consentono ai giovani gamer di lasciare una traccia di sé, vedersi riconosciuti e apprendere un metodo critico di valutazione dei giochi.

Nel corso di due anni di sperimentazione sono stati incontrati almeno 250 minori, 7 operatori di comunità, 13 amministratori e dipendenti pubblici locali, 17 insegnanti e 25 genitori. Inoltre, sono stati attivati 1 PCTO (alternanza scuola-lavoro) e 1 tirocinio osservativo presso la Biblioteca di Avigliana. Sono state aperte le Edugaming Zone di Beinasco e Avigliana presso la Biblioteca del Comune e quella di Rivoli presso l'Informa-giovani, ed è in previsione di aprirne una a Pinerolo, probabilmente presso la Biblioteca dei ragazzi. Infine, è stata attivata una consulenza verso un paziente ambulatoriale.

12.6

LA STIMOLAZIONE MAGNETICA TRANSCRANICA: UNA NUOVA FRONTIERA DELLE TERAPIE COGNITIVE NELLE DIPENDENZE DA GIOCO D'AZZARDO

**Chillemi G.*[1], Sturniolo G.[2], Maisano A.[3],
Di Blasi L.[2], Santisi A.[4], Rao G.[5], Russo P.[2]**
[1]Unità Operativa Complessa – Area Dipendenze Patologiche- SERD Sant'Agata di Militello e Milazzo_ASP MESSINA ~ Messina ~ Italy, [2]Unità Operativa Complessa – Area Dipendenze Patologiche- SERD Messina Nord_ASP MESSINA ~ Messina ~ Italy, [3]Unità Operativa Complessa – Area Dipendenze Patologiche- SERD Messina Sud_ASP MESSINA ~ Messina ~ Italy, [4]Unità Operativa Complessa - Servizio di Psicologia_ASP MESSINA ~ Messina ~ Italy, [5]Dipartimento di Salute Mentale_ASP MESSINA ~ Messina ~ Italy

Il case report discusso descrive un intervento di Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva in un paziente con ludopatia. È stimolata la corteccia prefrontale dorsolaterale sinistra, cruciale nel controllo emotivo e comportamentale. I risultati, con un focus sul miglioramento delle funzioni cognitive, suggeriscono l'efficacia del trattamento.

Introduzione

Le dipendenze comportamentali, come il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), rappresentano una sfida sempre più rilevante sia in ambito clinico che sociale. Le conseguenze si estendono ben oltre la sfera individuale, impattando negativamente la salute mentale, le relazioni personali e l'equilibrio economico e sanitario. A differenza delle tossicodipendenze in cui vi è l'assunzione di una sostanza, le dipendenze comportamentali ruotano attorno ad azioni o esperienze capaci di attivare i circuiti di ricompensa del cervello (Crockford and Hilarion, 2007).

Nel caso del GAP, si riscontrano difficoltà nel controllo degli impulsi e alterazioni nei sistemi cerebrali deputati alla gratificazione (Potenza, 2014). Le valutazioni neuropsicologiche hanno evidenziato che i soggetti con GAP presentano compromissioni nei processi deci-

sionali, caratterizzate da una tendenza a preferire le gratificazioni immediate, nonostante le conseguenze negative a lungo termine (Crockford et al. 2005). Tali individui spesso sovrastimano le probabilità di vincita, alimentati da convinzioni errate e da una scarsa consapevolezza del rischio (Conversano et al., 2012). Una revisione sistematica condotta da Leeman et al. (2011) presso la Yale University School of Medicine ha sottolineato il ruolo centrale dei comportamenti impulsivi e compulsivi nel GAP. I dati raccolti mostrano parallelismi significativi con le dipendenze da sostanze, soprattutto in merito alla valutazione del rischio, alle scelte impulsive e alla difficoltà nel controllare le risposte. Tuttavia, alcune differenze emergono: ad esempio, i tossicodipendenti sembrano manifestare più marcati deficit attentivi, mentre i giocatori patologici mostrano maggiore perseveranza nella risposta (Hewig et al. 2010).

A causa delle numerose affinità con le dipendenze da sostanze, la ricerca sul gioco patologico ha adottato modelli teorici e metodologici simili a quelli utilizzati nello studio della tossicodipendenza. Attualmente, le teorie sulle dipendenze individuano quattro principali processi cognitivi ed emotivi implicati anche nel GAP:

1. Alterazioni nel processamento delle ricompense e delle punizioni, strettamente legate ai meccanismi di condizionamento comportamentale (Chase et al., 2009).

2. Craving innescato dagli stimoli associati al gioco, che acquisiscono una rilevanza anomala (de Ruiter et al., 2009).

3. Impulsività, intesa sia come tratto predisponente che come conseguenza della dipendenza (Chase and Clark, 2010).

4. Deficit nel decision-making, per cui il soggetto continua a giocare nonostante le ricadute negative (de Greck et al, 2010; de Ruiter et al, 2012).

Sebbene le ricerche neuropsicologiche abbiano confermato alterazioni significative in questi ambiti, solo recentemente le tecniche di neuroimaging sono state utilizzate per indagare in modo approfondito le basi neurobiologiche del GAP (Dannon et al., 2011). Numerosi studi, tra cui quello di Jansen et al. (2013), hanno rilevato nei soggetti affetti da GAP una ridotta attivazione della corteccia prefrontale dorsolaterale (DLPFC), un'area cerebrale cruciale per la regolazione emotiva e il controllo comportamentale (Moccia et al. 2017). Questo pattern di disfunzione risulta simile a quello osservato in pazienti con danni ai lobi frontali o con disturbi legati all'uso di sostanze (Miedl et al. (2010). A livello neuroanatomico, le aree coinvolte appaiono simili: corteccia frontale, striato e insula sono implicate in entrambe le condizioni, con un ruolo impor-

tante dei sistemi dopaminergico e serotoninergico.

Al momento, le evidenze neurobiologiche sul GAP non sono ancora definitive ed i trattamenti farmacologici si sono finora basati su analogie con le dipendenze da sostanze o disturbi psichiatrici correlati, come il disturbo ossessivo-compulsivo (Conversano et al., 2012). Per costruire strategie terapeutiche realmente efficaci, è fondamentale approfondire i meccanismi cerebrali che sottendono il gioco d'azzardo patologico (Kees et al., 2015).

Tra le tecniche di intervento che si fondano sui principi neurofisiologici che sottendono le patologie psichiatriche (Bedi and Denson, 2018), si sta facendo strada l'uso della Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS). Di fatto, questo approccio, già utilizzato per il trattamento della depressione resistente, si sta ora esplorando come terapia per le dipendenze patologiche (Hanlon et al., 2016). Si tratta di una tecnica non invasiva che utilizza campi magnetici per indurre correnti elettriche nel tessuto cerebrale capaci di modificare la trasmissione sinaptica. A seconda della frequenza e dell'intensità di stimolazione, la TMS può modulare l'eccitabilità neuronale, inibendo o potenziando l'attività di specifiche aree cerebrali. La Stimolazione Magnetica Transcranica, applicata con frequenze basse (≤ 1 Hz), è tipicamente associata a un effetto inibitorio, mentre frequenze alte (> 5 Hz) hanno un effetto eccitatorio.

Nel trattamento delle dipendenze la TMS è in grado di rafforzare il controllo inibitorio del cervello, rendendo le aree coinvolte nella gratificazione meno vulnerabili all'attrazione delle sostanze di abuso dei comportamenti di dipendenza (Vainio and Vento, 2016). La TMS induce la riattivazione delle sinapsi e dei neuroni la cui eccitabilità è disfunzionale nelle dipendenze patologiche. Un altro meccanismo fondamentale della TMS è la sua capacità di favorire la neuroplasticità, ovvero la riorganizzazione delle connessioni neuronali. La TMS applicata sulla corteccia prefrontale dorsolaterale sinistra, cruciale nel controllo delle emozioni e dei comportamenti impulsivi, stimola il rilascio di dopamina nelle regioni cerebrali coinvolte nella ricompensa, come il nucleo caudato, e attiva recettori glutamatergici (Joutsa et al. 2010). La DLPFC, tra l'altro, svolge un ruolo chiave all'interno del default mode network (Goudriaan et al. 2010) ed è altamente connesso con altre aree, tra cui il lobo temporale coinvolto nei processi di memoria e consapevolezza e controllo (Hanlon et al., 2016b). Inoltre, la TMS può influenzare l'espressione di fattori neurotrofici come il BDNF, che è un regolatore attivo della plasticità sinaptica. Questi cambiamenti aiutano a consolidare percorsi neurali più sani e a ridurre gli stati emotivi negativi associati alla

dipendenza (Strafella et al., 2001; Ekhtiari et al., 2019).

La letteratura scientifica offre una crescente mole di evidenze sull'efficacia della TMS per diverse forme di dipendenza: nicotina (Dinur-Klein et al., 2014), alcol (Klauss et al., 2014), Cocaina (Terraneo et al., 2016), Polidipendenze (Jansen et al., 2013). Meno indagate le dipendenze patologiche, come il GAP.

Il presente lavoro si propone di indagare gli effetti della TMS sulle dipendenze comportamentali, in particolare la ludopatia. L'ipotesi alla base di questo studio è che l'applicazione di TMS sulla DLPFC si possa aumentare l'ipottività disfunzionale e ripristinare il controllo cognitivo compromesso. Volendo modulare l'eccitabilità dei circuiti corticali ipostimolati nell'ambito delle dipendenze da gioco d'azzardo (Joutsa et al, 2012), si è pensato di applicare un protocollo di stimolazione eccitatoria, frequenze alte (> 5 Hz).

Metodi

I protocolli di Stimolazione Magnetica Transcranica impiegati nel trattamento delle dipendenze sono modulabili e personalizzabili, con parametri tecnici variabili a seconda del disturbo e del paziente (Arias-Carrión et al., 2012).

Nella strutturazione del setting per la TMS, si è tenuto conto delle prescrizioni di van Belkum et al. (2018), secondo cui una seduta si articola nelle seguenti fasi:

1. Preparazione del paziente: il soggetto viene fatto accomodare su una poltrona ergonomica; la procedura è non invasiva, non richiede anestesia e il paziente resta completamente vigile.

2. Posizionamento del dispositivo: un'apposita bobina magnetica viene collocata sul cuoio capelluto, sopra l'area cerebrale target.

3. Somministrazione degli impulsi: il dispositivo emette impulsi magnetici che attraversano il cranio e stimolano le cellule neuronali sottostanti.

4. Monitoraggio degli effetti: il paziente viene osservato durante e dopo la seduta per eventuali effetti collaterali, che sono generalmente lievi e transitori (es. lieve cefalea o fastidio localizzato).

Tra i vantaggi della TMS rispetto ad altri approcci terapeutici si segnalano:

1. L'assenza di invasività.
2. Un profilo di sicurezza favorevole.
3. La compatibilità con altri trattamenti, come psicoterapia o farmacoterapia (Spagnolo & Goldman, 2017)

Tuttavia, la TMS non è priva di limiti:

1. La risposta al trattamento può variare sensibilmente da paziente a paziente.
2. I meccanismi neurofisiologici precisi alla base del

suo effetto terapeutico sono ancora in fase di studio.

3. Gli studi clinici esistenti si basano spesso su campioni limitati, il che rende difficile standardizzare completamente parametri e siti di stimolazione (Ekhtiari et al., 2019)

La Ripetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) rappresenta la tipologia di Stimolazione Magnetica Transcranica maggiormente utilizzata in ambito clinico grazie alla sua elevata flessibilità di programmazione che ne consente l'uso per la cura di molti disturbi (Feldman and Kemeny, 2019). Si tratta di una tecnica di neuromodulazione che fa uso di una stimolazione caratterizzata da brevi impulsi magnetici ripetuti e distanziati a intervalli di tempo programmabili per raggiungere l'effetto terapeutico desiderato (Pascual-Leone and Terman, 2018). Il grande vantaggio della rTMS è rappresentato dal fatto che essa consente di stimolare o inibire specifiche aree cerebrali di interesse in maniera assolutamente personalizzata a seconda della sintomatologia presentata dal singolo paziente, permettendo quindi un elevato grado di possibilità di adattamento alle esigenze specifiche di ogni paziente e, per questo motivo, costituendo un metodo di trattamento ideale per una cura di precisione (Hauer et al., 2019).

Caso clinico

Il presente lavoro, esplora la qualità dell'intervento di rTMS in soggetti ludopatici, descrivendo i risultati ottenuti su un paziente GAP sottoposto ad una valutazione neuropsicologica con una batteria di test cognitivi pre e post-intervento. Il paziente AG, di 43 anni, presenta una storia ventennale di gioco d'azzardo patologico, con diversi fallimenti alle terapie convenzionali. In seguito a ciò, è stato inserito in un protocollo sperimentale con TMS, dopo aver effettuato una valutazione neuropsicologica completa per determinare il profilo cognitivo di partenza. In carico al Centro di Salute Mentale (CSM), al momento del trattamento con TMS, AG assumeva terapia con ansiolitico e antidepressivo con eutimia e buon compenso clinico.

La batteria di test utilizzata per indagare il profilo neuropsicologico, comprendeva strumenti clinicamente validati per la valutazione di memoria, attenzione e funzioni esecutive, tra cui:

- 15 parole di Rey (RAVLT) → valutazione della memoria verbale.
- Figura Complessa di Rey-Osterrieth (ROCF-B) → memoria visuo-spaziale.
- Digit Span Forward e Backward e Test di Corsi → span di memoria verbale e visiva.
- Trail Making Test A e B → attenzione sostenuta e

funzioni esecutive.

- Stroop Test → flessibilità cognitiva e inibizione
- Frontal Assessment Battery (FAB) → esame specifico delle funzioni esecutive frontali

Il trattamento ha previsto un ciclo di stimolazione magnetica transcranica ripetitiva applicata alla DLPFC sinistra, con frequenza di 15 Hz, per un totale di 2400 stimoli per seduta (60 stimoli per 40 treni, intervallati da pause di 15 secondi), con intensità pari al 100% della soglia motoria (Popovic et al., 2025).

Schema del ciclo di trattamento (durata 5 settimane + follow-up):

- Settimana 1: 2 sessioni al giorno (da lunedì a venerdì) per un totale di 10 stimolazioni.
- Settimana 2: 2 sessione al giorno (lunedì, mercoledì e giovedì) per un totale di 5 stimolazione.
- Settimana 3: 1 seduta al giorno per 4 giorni (escluso lunedì) per un totale di 4 stimolazioni.
- Settimana 4: 1 seduta per 3 giorni (ma-me-ve) per un totale di 3 stimolazioni.
- Settimana 5: 1 seduta per 2 giorni per un totale di 2 stimolazioni.

Al trattamento è seguita la valutazione testologica dei risultati e un periodo di monitoraggio con sedute di mantenimento con rTMS e un follow up previsto a sei mesi dalla fine del trattamento.

Lo scopo del protocollo era valutare le variazioni nelle prestazioni cognitive del paziente pre e post-trattamento rTMS, con un'attenzione particolare ai domini:

- Esecutivo (controllo inibitorio, flessibilità).
- Memoria (apprendimento e rievocazione).
- Attenzione sostenuta e selettiva.

I punteggi ottenuti sono stati analizzati secondo tre modalità:

- Punteggio Grezzo (PG).
 - Punteggio Corretto, ponderato per età e scolarità (PC).
 - Punteggio Equivalente (scala likert da 0 a 4) (PE)
- L'analisi dei risultati si è basata su:
- Confronto tra i PE pre e post trattamento (Grafico 1)
 - Dispersione dei punteggi PC pre/post (Grafico 2)
 - Variazione del punteggio equivalente (Δ PE) per ciascun test (Grafico 3).
 - Mappa di correlazione tra le variabili (Grafico 4).

Risultati

La valutazione neuropsicologica pre-trattamento ha rivelato una performance cognitiva complessivamente nella norma per l'età e il livello di istruzione del paziente, ad eccezione del test FAB, dove è emerso un punteggio significativamente deficitario. Questo risultato supporta l'ipotesi di un deficit specifico nelle fun-

zioni esecutive frontali, in linea con quanto riportato nella letteratura sul gioco d'azzardo patologico. Al termine del ciclo di rTMS, la valutazione post-trattamento ha mostrato una normalizzazione del punteggio FAB, indicando un marcato miglioramento nel controllo inhibitorio e nella capacità di gestione delle interferenze. L'analisi dei dati evidenzia un miglioramento clinicamente significativo nel profilo cognitivo del paziente, con un passaggio da prestazioni borderline o deficitarie a livelli pienamente nella norma in quasi tutti i test. Tale evoluzione supporta l'efficacia dell'intervento cognitivo-riabilitativo svolto, con particolare evidenza nei domini delle funzioni esecutive, della memoria differita e dell'attenzione sostenuta.

In particolare:

- I miglioramenti in Trail Making Test B e B-A indicano un significativo potenziamento delle abilità di flessibilità cognitiva e switching.
- L'aumento nel test FAB e Stroop conferma il recupero di funzioni esecutive frontali.
- La memoria visiva e verbale ha mostrato buoni progressi, in particolare nella fase di rievocazione differita, spesso indicativa di consolidamento mnemonico efficace.

Al contrario, alcune aree sono rimaste stabili o con leggero calo, suggerendo la possibilità di fenomeni di affaticamento, effetto ceiling o limiti specifici nel recupero.

Nel dettaglio attraverso l'analisi statistica eseguito si sono osservati:

1. Variazione dei punteggi equivalenti

Nel confronto tra valutazione pre- e post-trattamento, si evidenzia un miglioramento globale delle prestazioni cognitive, in particolare nelle seguenti aree:

- Memoria verbale e visiva: incremento nei punteggi alla RAVLT e alla Figura di Rey.
- Funzioni esecutive: miglioramenti nei test Stroop, Trail Making B e FAB.
- Attenzione: progressi evidenti nel Trail Making A e nel Digit Span Forward.

Nel Grafico 1 è rappresentata la progressione dei PE per ciascun test. I valori si collocano su una scala da 0 a 4, in cui:

- 0 indica un risultato patologico
- 1 e 2 corrispondono a prestazioni borderline
- 3 rappresenta una performance nella norma
- 4 indica un funzionamento superiore alla media

Dopo il trattamento, la maggior parte dei punteggi è salita almeno di un'unità, con alcuni passaggi da valori borderline a prestazioni pienamente nella norma.

2. Dispersione dei punteggi corretti

Come illustrato nel Grafico 2, si osserva una diminuzione della variabilità tra i PC. Questo suggerisce una

maggiore omogeneità nel funzionamento cognitivo, con riduzione di picchi negativi che, in fase pre-trattamento, indicavano aree specifiche di compromissione. La differenza tra le prestazioni più basse e più alte si è ridotta, evidenziando un profilo cognitivo più equilibrato.

3. Variazione Δ PE: analisi dei cambiamenti per test

Nel Grafico 3, viene presentato il delta PE (Δ PE), ovvero la differenza tra il punteggio equivalente ottenuto nel post-trattamento e quello registrato in fase pre-trattamento.

I cambiamenti più rilevanti si riscontrano in (tab.1):

- Stroop Test: Δ PE = +2
- Trail Making Test B: Δ PE = +1
- RAVLT (memoria verbale a lungo termine): Δ PE = +2
- Digit Span Backward: Δ PE = +1
- FAB: Δ PE = +1

Nessun test ha mostrato regressione nelle prestazioni. In alcuni casi, il punteggio è rimasto stabile, ma comunque entro la fascia di normalità.

4. Correlazioni tra variabili cognitive

Attraverso l'analisi di correlazione tra le variabili neuropsicologiche, rappresentata nel Grafico 4, si nota un rafforzamento delle associazioni positive tra le funzioni esecutive e la memoria di lavoro, a seguito del trattamento.

Dalla mappa di calore delle correlazioni emerge che:

- PE_post è fortemente correlato a PC_post ($\rho \approx 0.92$)
- PG_post e PC_post presentano correlazioni robuste ($\rho > 0.85$)
- Le PE pre e post sono moderatamente correlate (indicando stabilità del profilo cognitivo)

Questo dato potrebbe suggerire che la modulazione corticale indotta dalla rTMS abbia contribuito non solo a miglioramenti isolati, ma anche a una maggiore integrazione funzionale tra domini cognitivi, in particolare quelli dipendenti dalla corteccia prefrontale.

In sintesi, il paziente ha mostrato miglioramenti clinicamente significativi in più domini cognitivi.

Le aree maggiormente coinvolte sono state:

- Funzioni esecutive
- Memoria a lungo termine
- Controllo attentivo

Il profilo cognitivo complessivo risulta più armonico e con minori discrepanze interne. Non sono emersi effetti collaterali cognitivi negativi.

Discussione e Conclusioni

La stimolazione magnetica transcranica è quindi una opzione nuova per il trattamento delle dipendenze, che può beneficiare nei prossimi anni di ricerche specifiche. Ad esempio, lo sviluppo di biomarcatori potrebbe aiutare a personalizzare i trattamenti, identificando

meglio i pazienti che possono trarne beneficio, o identificando specifiche aree in diverse tipologie di pazienti. Inoltre, l'integrazione della TMS con tecnologie per l'imaging cerebrale in tempo reale, potrebbe migliorare la precisione della stimolazione e ottimizzare i risultati (Hanlon et al., 2016). Un'altra direzione interessante è l'uso della TMS per la prevenzione, in particolare in persone a rischio di sviluppare dipendenze (Mantovani et al. 2013), anche se questa applicazione necessita di ulteriori ricerche per essere validata (O'Hara and Hall, 2017).

I risultati emersi dal presente caso clinico offrono un contributo interessante alla crescente letteratura sull'utilizzo della Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva come potenziale trattamento per il Gioco d'Azzardo Patologico. Il miglioramento osservato nelle funzioni cognitive del paziente, in particolare nel dominio delle funzioni esecutive, suggerisce che la rTMS potrebbe agire attraverso la modulazione dei circuiti prefrontali, contribuendo a ristabilire il controllo inibitorio alterato in soggetti affetti da dipendenze comportamentali.

Effetti osservati e ipotesi neurobiologiche

L'applicazione della rTMS ad alta frequenza sulla corteccia prefrontale dorsolaterale sinistra ha prodotto effetti positivi sia sul piano neurocognitivo che su quello comportamentale:

- Il punteggio FAB, inizialmente deficitario, è rientrato nella norma, segnalando un recupero della funzione frontale esecutiva.

- Il paziente ha riferito un calo significativo dell'urgenza di giocare e una maggiore capacità di gestione degli impulsi, nonostante qualche ricaduta nel gioco d'azzardo.

- I progressi in test come il Trail Making B e lo Stroop Test suggeriscono un aumento della flessibilità cognitiva e del monitoraggio attentivo.

Tali risultati sono coerenti con l'ipotesi che la rTMS possa promuovere la neuroplasticità nelle aree frontali, favorendo il ripristino dei circuiti implicati nel procesamiento della ricompensa, nel controllo comportamentale e nella valutazione delle conseguenze delle proprie azioni.

Pur trattandosi di un singolo caso clinico, le evidenze raccolte evidenziano la potenzialità della rTMS come strumento terapeutico complementare, soprattutto nei pazienti che non rispondono adeguatamente agli approcci convenzionali, come la psicoterapia e la farmacoterapia.

È tuttavia essenziale sottolineare che la rTMS non può e non deve essere considerata un intervento isolato, ma va integrata all'interno di un percorso di cura strutturato e multidisciplinare, che comprenda:

- Supporto psicoterapeutico continuativo
- Valutazione e gestione di eventuali comorbidità psichiatriche
- Educazione psico-sociale e interventi riabilitativi
- Monitoraggio longitudinale degli esiti nel tempo

In questo senso, la rTMS si configura come una tecnica di neuromodulazione personalizzabile, capace di intervenire su specifiche alterazioni funzionali cerebrali, ma la sua efficacia risulta massimizzata solo quando inserita in un modello terapeutico complessivo.

Criticità e limiti attuali

Nonostante i risultati incoraggianti, alcune limitazioni devono essere considerate con attenzione:

1. Singolo caso: le osservazioni si basano su un'unica esperienza clinica; non è possibile generalizzare i risultati.
2. Assenza di follow-up a lungo termine: non è ancora chiaro se i benefici ottenuti siano mantenuti nel tempo o se siano necessari cicli di richiamo.
3. Costi e accessibilità: il trattamento con rTMS richiede risorse economiche e tecnologiche significative, che potrebbero limitarne la diffusione nei servizi pubblici.
4. Comunicazione non sempre etica: una parte dell'offerta attuale di TMS in Italia è veicolata attraverso una comunicazione ingannevole o eccessivamente promettente, che rischia di generare aspettative irrealistiche nei pazienti e nei loro familiari.

Per evitare che la rTMS venga percepita come una "soluzione miracolosa", è necessario che il trattamento sia prescritto e gestito da équipe cliniche esperte, in grado di valutare attentamente l'indicazione, le potenzialità e i limiti del metodo.

Prospettive future

Per validare e ampliare quanto osservato in questo caso, la ricerca futura dovrà concentrarsi su:

- Trial clinici controllati e randomizzati, con campioni numericamente significativi
- Follow-up a medio e lungo termine per valutare la stabilità dei benefici
- Sviluppo di protocolli standardizzati, adattabili ai diversi profili cognitivi e clinici dei pazienti
- Identificazione di biomarcatori (neurofisiologici, genetici, comportamentali) utili per prevedere la risposta individuale alla stimolazione
- Integrazione con tecniche di neuroimaging in tempo reale, per ottimizzare la precisione della stimolazione

In prospettiva, la rTMS potrebbe anche trovare impiego in chiave preventiva, in soggetti ad alto rischio di sviluppare comportamenti di dipendenza, grazie alla sua capacità di rafforzare i circuiti del controllo cognitivo e inibitorio.

Tuttavia, è necessario approfondire ulteriormente il

grado di coinvolgimento delle diverse regioni cerebrali, al fine di distinguere le specificità dei disturbi. La comprensione delle somiglianze può guidare lo sviluppo di trattamenti comuni, mentre l'analisi delle differenze può condurre a interventi più mirati e personalizzati.

Conclusione

Il presente caso clinico evidenzia come la rTMS possa rappresentare una risorsa terapeutica promettente per il trattamento del gioco d'azzardo patologico, soprattutto nei casi refrattari alle terapie tradizionali.

Tuttavia, è fondamentale che questo strumento venga contestualizzato in una presa in carico globale e non venga promosso come soluzione autonoma o definitiva. Solo in un'ottica multidimensionale, personalizzata e integrata sarà possibile sfruttare al meglio le potenzialità della neuromodulazione cerebrale, riducendo il rischio di ricadute e migliorando realmente la qualità di vita dei pazienti affetti da dipendenza comportamentale.

Test	Δ PE
Trail Making B	+4
Trail Making B-A	+4
Figura di Rey (Copia)	+3
FAB	+3
Stroop Errori	+2
Figura di Rey (Immediata)	+1
Figura di Rey (Differita)	+1
15 parole di Rey (Differita)	+2

Tabella 1: È indicato il delta PE (ΔPE), la differenza di punteggio ai test cognitivi, tra il punteggio equivalente ottenuto nel post-trattamento e quello registrato in fase pre-trattamento

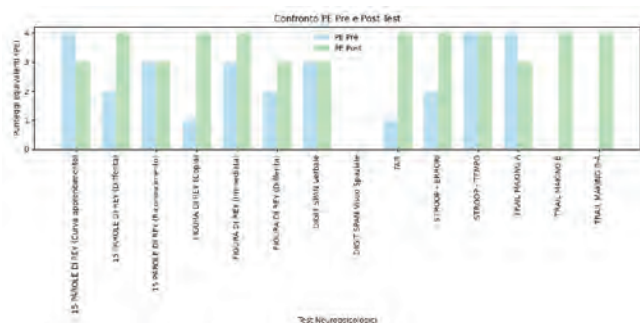


Grafico 1: rappresenta il confronto tra punteggi equivalenti pre e post test.

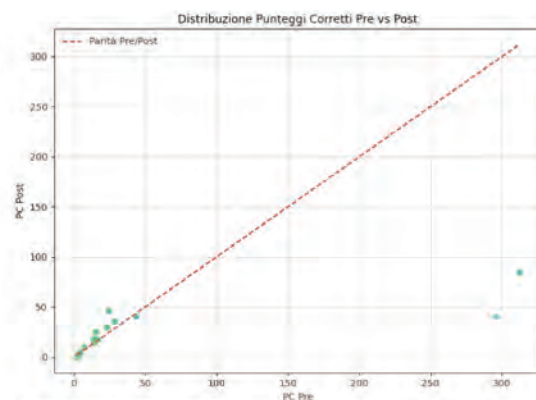


Grafico 2: evidenzia la coerenza, o miglioramento, tra i punteggi corretti.

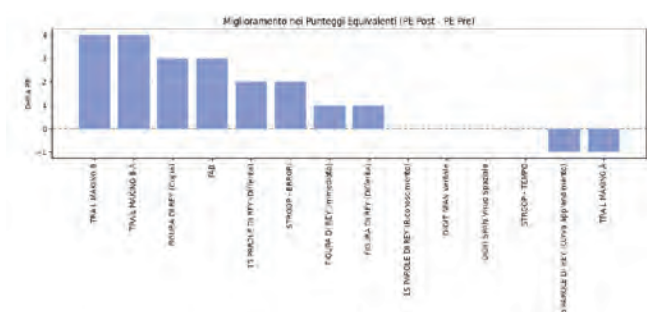


Grafico 3: mette in evidenza i punteggi equivalenti dei test in cui c'è stato un maggiore miglioramento cognitivo.

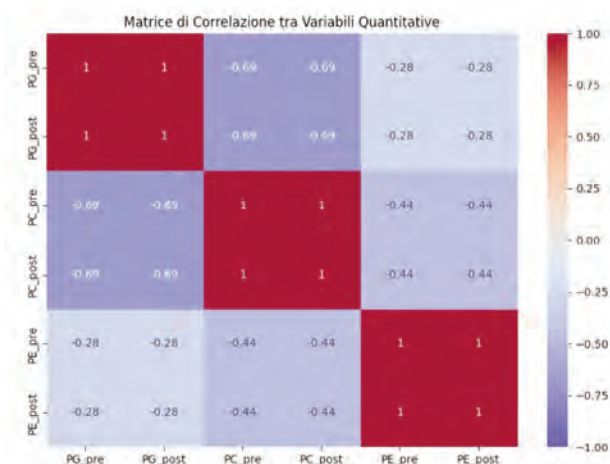


Grafico 4: mostra le correlazioni tra le performance pre e post trattamento attraverso la comparazione tra punteggi grezzi, corretti ed equivalenti.

12.7

IL PIANO LOCALE GAP DI ATS MILANO: UN MODELLO DI INTEGRAZIONE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E LA PREVENZIONE DEI COMPORTAMENTI ADDITIVI

Farchi E., Calloni L., Carraro S., Dodaro G., Sandu A.G., Agnes F., Mascolo V., Duregon P., Del Gaudio A., Fagioli M., Damasio P.E.G., Mancin R., Ferrari R., Faccini M., Campana V., Celata C., Lamberti A.*
ATS MILANO CITTÀ METROPOLITANA ~ MILANO ~ Italy

L'esperienza del Piano Operativo Locale GAP di ATS Milano Città Metropolitana nella prevenzione e il contrasto al gioco d'azzardo patologico sul territorio. L'integrazione tra le attività di prevenzione e quelle di trattamento e cura.

Introduzione: contesto e inquadramento del fenomeno

Il gioco d'azzardo è un grave problema di sanità pubblica, sociale ed economico in Italia. Nel 2024, la spesa del gioco ha superato i 157 miliardi di euro, con previsioni di oltre 160 miliardi nel 2025, (Ministero dell'Economia, 2024) superando le spese pubbliche per sanità e istruzione. La Regione Lombardia è tra le più colpite, con 25 miliardi di euro spesi e oltre 50.000 persone con comportamenti problematici, ma solo il 5,8% è seguito dai servizi sanitari (Caritas Ambrosiana, 2025).

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è riconosciuto dal DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) come una dipendenza comportamentale cronica e recidivante, che presenta tutte le caratteristiche delle dipendenze. In ATS Milano, nel 2024 sono stati diagnosticati e presi in carico per un percorso di cura 1.006 casi, il numero più alto in Lombardia, ma il fenomeno è ancora sottostimato, rendendo evidente la necessità del lavoro di prevenzione e intercettazione precoce.

Nel corso degli ultimi anni in Italia sono in continuo aumento sia i dati sulla diffusione del comportamento, sia l'offerta di gioco continua ad evolversi, così come i

messaggi impliciti ad esso connessi.

Tali motivazioni hanno spinto i decisori pubblici a rafforzare le misure legislative e programmatiche, promuovendo interventi di prevenzione, contrasto e cura. La normativa italiana sul gioco d'azzardo ha avuto un'evoluzione significativa a partire dal Decreto Balduzzi (DL 158/2012), che ha riconosciuto ufficialmente i problemi sanitari e sociali legati al fenomeno. Successivamente, con il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017, la cura del DGA è stata inclusa nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), garantendo l'accesso alle cure tramite il Servizio Sanitario Nazionale.

Attualmente, la regolamentazione è gestita a livello regionale e locale. In Lombardia, la Legge Regionale n. 8/2013 ha per prima stabilito misure per la prevenzione, trattamento e recupero delle persone affette da DGA, promuovendo una rete di intervento coordinata tra enti locali, servizi sanitari, scuole e Terzo Settore. Questa normativa è stata rafforzata da successive delibere regionali, tra cui la DGR 80/2023 (ex DGR 585/2018), che ha approvato il "Programma di Attività per il Contrasto al GAP", basato su criteri di appropriatezza, sostenibilità e integrazione intersettoriale, rivolto a tutta la popolazione regionale.

Il Piano promuove una governance integrata, affidata alle otto ATS lombarde, incaricate di sviluppare e attuare Piani Locali coerenti con le linee regionali e adattati alle specificità territoriali. Le attività previste includono:

- Informazione e sensibilizzazione della popolazione.
- Azioni regolatorie per modificare l'ambiente di vita.
- Programmi di prevenzione, diagnosi, cura e trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo.

L'esperienza del Piano GAP di ATS Milano

ATS Milano ha reso operative le linee indicazioni regionali attraverso il Piano Operativo Locale GAP (DB 53/2025), integrato nel Piano Integrato Locale per la Promozione della Salute (PIL). Il Piano rappresenta un modello efficace di collaborazione intersettoriale, coinvolgendo servizi sanitari, enti locali, scuole, aziende e realtà del Terzo Settore.

L'obiettivo è affrontare il DGA con un approccio strutturato, promuovendo diagnosi precoce, cura e riabilitazione, in linea con le normative regionali e nazionali (L.R. 23/2015, L.R. 22/2021, LEA 2017). Il Piano valorizza la rete territoriale per garantire interventi mirati e coordinati.

Il Piano Locale GAP di ATS Milano mira a garantire continuità e integrazione tra prevenzione e presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, attraverso modelli organizzativi a rete e sperimentazioni innovative. Ispirato agli indirizzi normativi regionali e nazio-

nali, il Piano si basa su un'analisi del territorio e adotta un approccio intersettoriale.

In linea con il Piano Regionale, definisce obiettivi generali e specifici nei principali ambiti di intervento: luoghi di lavoro, scuole e comunità locali, promuovendo azioni coordinate per la prevenzione e il contrasto al gioco d'azzardo patologico, promuovendo azioni trasversali e sinergiche.

Il nuovo Piano si articola in quattro macro-obiettivi, ciascuno dei quali è suddiviso in sotto-obiettivi specifici. I primi 3 obiettivi sono dedicati all'area della prevenzione, mentre l'ultimo si focalizza sulla diagnosi precoce, cura e riabilitazione:

- **Obiettivo Generale 0:** Introdotto per rafforzare la messa a sistema delle policy locali, questo obiettivo sostiene l'integrazione tra ambito sociosanitario e sociale, con un ruolo di regia affidato agli Enti Locali, singoli o associati (Ambiti Sociali- NOTA 1). In linea con il modello di prevenzione ambientale, mira a coordinare le azioni preventive e di presa in carico del SSR con quelle educative e culturali del settore sociale. Il Macro Obiettivo 0 rappresenta la continuità e l'evoluzione delle sperimentazioni promosse da Regione Lombardia nel triennio 2018-2021 (DGR 1114/18 e 2609/19), con l'intento di consolidare un modello di governance innovativo, efficace e sostenibile.
- **Obiettivo Generale 1:** Mira a consolidare e sviluppare in modo integrato le attività di prevenzione e contrasto al GAP, promuovendo l'aumento delle conoscenze e competenze utili a sostenere i processi di health literacy. Le azioni previste si rivolgono sia alla popolazione generale che a gruppi specifici, e si integrano con gli interventi degli Obiettivi Generali 2 e 3, agendo nei principali setting di riferimento: comunità locale, luoghi di lavoro, scuola e sistema sociosanitario regionale (SSR).
- **Obiettivo Generale 2:** Rafforza e integra le azioni già previste dal PIL nei setting di comunità, scuola e lavoro, contribuendo a una visione sistemica della prevenzione, in stretta connessione con le politiche territoriali.
- **Obiettivo Generale 3:** Si concentra sull'integrazione tra prevenzione e presa in carico individuale, promuovendo interventi di diagnosi precoce, cura e riabilitazione. L'obiettivo è migliorare le possibilità di aggancio e accompagnamento delle persone e delle famiglie in situazione di vulnerabilità, favorendo un approccio multidisciplinare e personalizzato.

L'approccio programmatico adottato da ATS Milano è centrale per la prevenzione e il contrasto al gioco d'azzardo patologico, poiché consente di rafforzare e diffondere le buone pratiche su scala territoriale, dal

livello comunale a quello regionale. La complessità del fenomeno richiede interventi multidimensionali e la partecipazione di diversi attori locali.

La coprogettazione con gli Enti del Terzo Settore come strategia programmatica per gli obiettivi di prevenzione (Ob. Generale 0, 1 e 2)

Il Piano Locale GAP si distingue per la sua capacità di integrare servizi e soggetti territoriali – ASST, enti del Terzo Settore, scuole, aziende e amministrazioni – in una rete collaborativa. La governance del Piano, in capo ad ATS Milano, ha attivato un processo di integrazione e potenziamento delle risorse già esistenti, coinvolgendo tutti gli attori nella realizzazione delle azioni previste.

Dal 2020, ATS Milano ha avviato una collaborazione strutturata con gli Enti del Terzo Settore (ETS) per la prevenzione e il contrasto al gioco d'azzardo patologico. Con la delibera 207 del 06.03.2020, è stata indetta una gara pubblica per affidare il supporto allo sviluppo dell'Obiettivo 2 del Piano Operativo Locale GAP, articolata in 39 lotti e rivolta a ETS attivi nei diversi contesti territoriali e target strategici (comunità, scuole, luoghi di lavoro, amministratori locali, operatori).

L'entrata in vigore del Nuovo Codice del Terzo Settore ha richiesto l'adeguamento delle modalità di coinvolgimento degli ETS, rafforzando la collaborazione intersettoriale e sinergica.

Con la deliberazione n. 156 del 09/02/2023, ATS Milano ha avviato una procedura di coprogettazione con gli ETS, strumento strategico per il dialogo e la condivisione partecipata delle attività. Il principio di sussidiarietà orizzontale, sancito dall'art. 118, comma 4 della Costituzione, costituisce il fondamento giuridico e operativo di questa collaborazione tra Pubblica Amministrazione ed Enti del Terzo Settore, come previsto dagli artt. 55 e 56 del D.lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore). Questo strumento consente di definire interventi socio-sanitari integrati e flessibili, valorizzando la prossimità sociale e l'azione comunitaria.

La coprogettazione favorisce l'emersione precoce del fenomeno, la riduzione del danno e una presa in carico multidisciplinare, distinguendosi dagli affidamenti tradizionali e promuovendo una collaborazione attiva tra Pubblica Amministrazione e ETS.

La coprogettazione con gli Enti del Terzo Settore è stata fondamentale per affrontare in modo efficace e sostenibile il fenomeno del gioco d'azzardo, valorizzando le competenze e la vicinanza territoriale degli ETS. ATS Milano, tramite le proprie strutture complesse, ha gestito il processo di coprogettazione, coordinando:

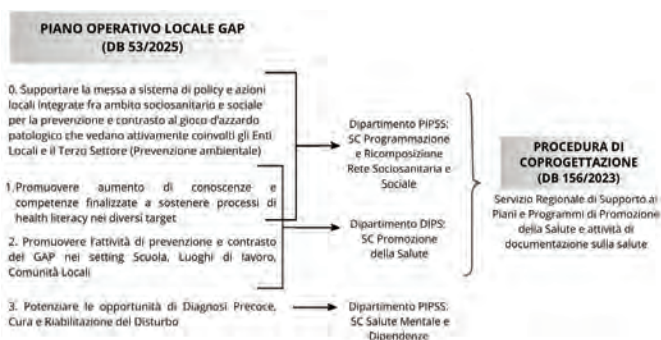
- L'uso delle risorse economiche (DDGW 9591/22),

- L'attuazione dei progetti, con l'individuazione degli enti capofila,
- La valutazione dei risultati e dell'impatto degli interventi.

Questo approccio ha rafforzato la rete territoriale e la presa in carico multidisciplinare delle persone coinvolte. Attraverso la coprogettazione, infatti, ATS Milano ha permesso di promuovere una logica partecipativa, che supera il modello tradizionale di delega e favorisce la responsabilità condivisa tra pubblico e privato sociale. Tale aspetto ha quindi permesso di costruire interventi più aderenti ai bisogni reali delle persone e dei territori, grazie al contributo diretto di chi conosce le dinamiche locali, favorendo anche l'innovazione sociale, sperimentando nuove modalità di prevenzione, sensibilizzazione e presa in carico, spesso più flessibili e accessibili. Così facendo il Piano ha avuto un ruolo chiave anche nel rafforzamento della rete territoriale, creando sinergie tra servizi sanitari, sociali, educativi e culturali, in linea con i principi dell'integrazione sociosanitaria.

Tale procedura di coprogettazione, nello specifico, ha permesso di costruire la declinazione operativa dei primi 3 obiettivi del Piano GAP, ovvero quelli che riguardano la prevenzione (TABELLA 1). Parallelamente, però, essa permette anche di realizzare azioni specifiche possono in qualche modo impattare sull'obiettivo relativo al contrasto e alla cura del DGA, ad esempio mediante attività formative rivolte a specifici target di popolazione, stakeholders territoriali, operatori socio-sanitari coinvolti nei servizi e decisori politici.

TABELLA 1. *Struttura del Piano Locale GAP di ATS Milano*



Nello specifico, il processo di coprogettazione è stato implementato mediante la costituzione di diversi tavoli di lavoro, volti ad implementare 5 linee di azioni principali:

- **AZIONE 1:** per la promozione di interventi integrati nel setting luoghi di lavoro, coerentemente con quanto previsto dall'Obiettivo Generale 2.1 del Piano Locale GAP.
- **AZIONE 2:** per la promozione di Interventi integrati

nel setting scolastico, coerentemente con quanto previsto dall'Obiettivo Generale 2.2 del Piano Locale GAP.

- **AZIONE 3:** per la promozione di interventi integrati nel setting comunità locali, coerentemente con quanto previsto dall'Obiettivo Generale 2.3 del Piano Locale GAP.

- **AZIONE 4:** per la promozione di azioni integrate per promuovere aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target e per promuovere la capacity building di decisori/reti locali dei diversi setting e la diffusione di buone pratiche, coerentemente con quanto previsto dagli Obiettivi Generali 1 e 2.4 del Piano Locale GAP.

- **AZIONE 5:** per la promozione di azioni per l'integrazione con il line di attività esito della sperimentazione ex DGR 2609/2019, valorizzando e rafforzando la collaborazione strategica e operativa tra SSR e Enti Locali, coerentemente con quanto previsto dall'Obiettivo Generale 0 del Piano Locale GAP.

La declinazione dell'obiettivo Generale 0 e, conseguentemente, lo sviluppo del Tavolo di Sistema Azione 5 ha sicuramente rappresentato un esempio significativo di integrazione intersettoriale tra i diversi attori in gioco. Essa, infatti, ha previsto una suddivisione delle attività in 6 Aree territoriali, corrispondenti alle ASST oltre al Comune di Milano (ASST Ovest, ASST Rhodense, ASST Nord Milano, ASST Lodi, ASST Melegnano Adda Martesana, Comune di Milano) con la finalità di valorizzare la collaborazione strategica tra SSR ed Enti Locali. Proprio secondo tale logica, infatti, già a partire nell'avviso di manifestazione d'interesse della coprogettazione era stato inserito come criterio prioritario la formalizzazione della partnership con i diversi ambiti territoriali al fine di "assicurare" il reale coinvolgimento e le successive connessioni con la governance del territorio. All'interno di ogni Progetto Esecutivo prodotto e costruito nei diversi tavoli, inoltre, si è previsto un dispositivo formale di raccordo e di governo delle azioni (Tavolo di Sistema) con il compito altresì di valorizzare l'esistente in termini di presenza di reti e tavoli istituzionali ove permeare le finalità e le strategie di prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo. Il tavolo di sistema è presente in ogni territorio coincidente con l'ASST come già illustrato, è coordinato dall'ETS capofila ed è composto dal rappresentante dell'ASST, dai rappresentanti degli Ambiti e dai referenti di ATS (PIPSS). Il tavolo ha l'obiettivo di armonizzare, coordinare e ricomporre le diverse azioni all'interno dello stesso territorio, con la possibilità di individuare sinergie e costruire attività in dialogo e collaborazione tra i vari interventi presenti, favorendo quindi attraverso un modello a cascata (dalla program-

mazione Regione/ATS alla condivisione di responsabilità dell'Assemblea dei sindaci) la realizzazione degli interventi dell'obiettivo 0.

In generale i diversi Progetti Esecutivi approvati in ogni azione, di cui quello riportato sopra risulta essere un esempio significativo, hanno garantito la messa in atto di processi di lavoro congiunto, capaci di coinvolgere attivamente la cittadinanza e rafforzare la rete territoriale, nonché realizzare e mettere in campo attività specifiche volte a promuovere una co-responsabilità degli attori in gioco, come ad esempio l'approvazione di un modello di Carta Etica (NOTA 2) per tutto il territorio di ATS Milano.

In sintesi, co-progettare con gli ETS ha significato mettere al centro le persone e i territori, costruendo risposte complesse a problemi complessi, con una visione integrata e orientata al cambiamento culturale. In tutte le azioni di prevenzione previste dal Piano Locale GAP – indipendentemente dal setting in cui si svolgono (scuola, lavoro, comunità) e dalla modalità operativa adottata – è sempre garantita la messa a conoscenza dei servizi di cura disponibili sul territorio. Il Piano GAP, infatti, così come declinato nei paragrafi precedenti, prevede interventi di sensibilizzazione e informazione rivolti sia alla popolazione generale che a target specifici.

Tra le attività:

- formazione per operatori sanitari, sociali e amministratori locali;
- promozione di eventi di sensibilizzazione per la cittadinanza diffusi su tutto il territorio;
- diffusione di materiali informativi;
- promozione di programmi preventivi di potenziamento delle lifeskills nelle scuole;
- incontri di sensibilizzazione per i lavoratori nelle aziende oltre che un lavoro di integrazione con i medici competenti;

Questa scelta strategica risponde all'esigenza di rendere visibili, accessibili e riconoscibili i servizi sociosanitari dedicati alla presa in carico del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), favorendo l'intercettazione precoce dei bisogni e il collegamento tra prevenzione e cura. Informare la cittadinanza sull'esistenza e sul funzionamento dei servizi non è solo un'azione di orientamento, ma rappresenta un ponte concreto tra la sensibilizzazione e l'intervento terapeutico, contribuendo a ridurre lo stigma, aumentare la fiducia e facilitare l'accesso ai percorsi di supporto.

Il lavoro dei Servizi (Obiettivo Generale 3)

La definizione delle azioni previste nell'ambito dell'Obiettivo 3 nasce da un'attenta analisi dei fabbi-

sogni territoriali, emersi durante incontri tecnici con le ASST e gli SMI che operano nel settore delle dipendenze. L'obiettivo è garantire continuità e coerenza tra le attività di prevenzione e quelle di presa in carico, attraverso interventi mirati su target specifici:

- Giocatori problematici o patologici intercettati negli sportelli di ascolto ospedalieri e nelle Case di Comunità;
- Persone già in carico alla rete dei servizi per le dipendenze;
- Detenuti con comportamenti di abuso/dipendenza che includono il DGA;
- Familiari di giocatori problematici, destinatari di attività di consulenza e orientamento.

Il razionale dell'intervento si fonda sulla necessità di riconoscere il Disturbo da Gioco d'Azzardo come una vera e propria patologia, superando lo stigma che lo banalizza come vizio o cattiva abitudine. La diagnosi precoce è essenziale per attivare percorsi di cura efficaci, sostenuti da una visione culturale che promuova fiducia e speranza nell'evoluzione positiva del trattamento.

I dati raccolti da ATS Milano evidenziano l'impatto crescente del fenomeno: tra il 2019 e il 2021, circa 600 pazienti all'anno sono stati presi in carico, con una media di 900 nuovi accessi annuali. Questi numeri confermano la necessità di rafforzare l'offerta di cura.

Le azioni previste si articolano su tre pilastri fondamentali:

1. **Aggancio precoce:** L'efficacia dell'intervento precoce è ampiamente documentata dalla letteratura scientifica. ATS Milano promuove l'attivazione di sportelli di ascolto in contesti ospedalieri e comunitari, con équipe formate e spazi dedicati all'accoglienza e alla sensibilizzazione.

2. **Potenziamento e personalizzazione dei servizi di cura:** È necessario diversificare i percorsi terapeutici, integrando il trattamento del DGA con quello dei disturbi da uso di sostanze. Particolare attenzione è rivolta agli istituti penitenziari, dove la presa in carico è ancora limitata. L'obiettivo è garantire l'accesso ai LEA anche in questi contesti.

3. **Contrasto allo stigma:** Superare le barriere culturali e sociali che ostacolano l'accesso alla cura è prioritario. La diffusione di una visione del DGA come patologia, anche tra gli operatori sociosanitari, è parte integrante del percorso di riabilitazione.

Nel triennio 2019–2021, sono stati attivati sportelli di ascolto presso gli ospedali di Niguarda, Lodi e, successivamente, Fatebenefratelli-Sacco. Nel 2023, il Piano ha previsto l'apertura di nuovi sportelli presso le ASST Santi Paolo e Carlo e Ovest Milanese, con l'estensione

alle Case di Comunità, in linea con il principio di continuità e prossimità dell'intervento.

Nel 2024, sono stati finanziati progetti specifici per pazienti poli-dipendenti, con modelli di cura integrati tra GAP e altre dipendenze.

Conclusioni

Il Piano Locale GAP di ATS Milano si configura come un modello avanzato di governance territoriale, capace di affrontare il fenomeno del gioco d'azzardo patologico con strumenti integrati, partecipativi e orientati alla sostenibilità. La sua forza risiede nella capacità di coniugare prevenzione, cura e partecipazione, valorizzando le competenze dei diversi attori coinvolti – ASST, ETS, scuole, aziende, enti locali – e promuovendo una visione condivisa della salute come bene collettivo.

La coprogettazione con gli Enti del Terzo Settore ha rappresentato un elemento chiave per rendere le azioni più aderenti ai bisogni reali delle persone e delle comunità, favorendo l'innovazione sociale e la costruzione di reti territoriali solide. In ogni intervento, la promozione dei servizi di cura è stata parte integrante, contribuendo a superare lo stigma e a facilitare l'accesso ai percorsi di presa in carico. È in corso un continuo lavoro di formazione degli operatori di ATS che lavorano sulle tematiche della coprogettazione e si lavorerà in prospettiva anche sugli strumenti di valutazione. L'attenzione alla diagnosi precoce e alla personalizzazione dei trattamenti, in particolare nell'ambito dell'Obiettivo 3, ha permesso di rafforzare il collegamento tra ospedale e territorio, sperimentando nuovi luoghi di aggancio come le Case di Comunità e potenziando gli sportelli di ascolto. I dati raccolti confermano l'efficacia di questo approccio e la necessità di consolidarlo nel tempo.

Infine, l'introduzione del Macro Obiettivo 0 ha aperto la strada a una regia territoriale più ampia, capace di integrare le politiche sociosanitarie e sociali in un'ottica di prevenzione ambientale e cambiamento culturale. Questo passaggio è fondamentale per stabilizzare gli esiti delle sperimentazioni regionali e per estendere l'azione di contrasto al GAP su scala sempre più ampia. In sintesi, il Piano Locale GAP non è solo uno strumento operativo, ma un processo dinamico e inclusivo, che mette al centro le persone, le relazioni e i territori, con l'obiettivo di costruire comunità più consapevoli, resilienti e capaci di affrontare le sfide della contemporaneità.

Note

NOTA 1: La Legge 328/2000 ha istituito gli Ambiti Territoriali come strumenti di programmazione e coor-

dinamento dei servizi sociali, con la redazione triennale dei Piani di Zona (PdZ). Ogni ambito è supportato da un Ufficio di Piano, che coordina le attività e supporta l'Assemblea dei Sindaci.

Nel 2024, con le delibere DGR XII/2167 e DGR XII/2089, è stato avviato un processo di integrazione tra Piani di Zona (PdZ) e Piani di Sviluppo Territoriale (PPT) delle ASST, coordinato dal PIPSS. Questo ha portato all'armonizzazione tra programmazione sociale e sociosanitaria, con l'inserimento del tema del gioco d'azzardo patologico (GAP) nei documenti ufficiali.

L'obiettivo è promuovere azioni locali integrate tra enti sociali e sanitari, legittimando la partecipazione degli operatori degli Ambiti e delle ASST ai tavoli di lavoro per l'implementazione del Piano Locale GAP di ATS Milano.

NOTA 2: Grazie al lavoro dei tavoli territoriali e al coinvolgimento degli Amministratori locali, ATS Milano ha promosso un modello di Carta Etica condiviso (Delibera n. 728/2025), come parte del Piano GAP per il contrasto al gioco d'azzardo patologico. La Carta Etica è un patto comunitario che mira a:

- Informare sui rischi del gioco d'azzardo;
- Contrastare la pubblicità delle vincite;
- Sensibilizzare con eventi e iniziative (es. Festival GAP);
- Promuovere alternative sane di gioco e socialità;
- Formare operatori e cittadini;
- Diffondere la rete dei servizi.

Il modello è stato presentato al Collegio dei Sindaci e progressivamente adottato da 5 Ambiti territoriali, con il supporto degli ETS coinvolti nel Piano GAP.

12.8

PROGETTO "SGARBUGLIO"

Tosso A.*, Laurano M., Pizzulli R.
ASLT03 ~ Torino ~ Italy

UN MODELLO INNOVATIVO PER LA GESTIONE INTEGRATA DELLE RICADUTE ECONOMICHE, SOCIALI E LEGALI NEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Il trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) rappresenta oggi una sfida complessa nell'ambito delle dipendenze comportamentali, non solo per gli effetti sul piano psicologico e relazionale, ma anche per le gravi conseguenze economiche, sociali e legali che ne derivano. L'indebitamento e il sovraindebitamento, gli sfratti, le separazioni, la compromissione di progetti di vita e del tessuto familiare e sociale sono solo alcune delle ricadute più frequenti.

Alla luce di queste evidenze, l'ASL T03 ha avviato nel 2022 il progetto a valenza regionale "Sgarbuglio", nell'ambito del Piano per il contrasto al Disturbo da Gioco d'Azzardo della Regione Piemonte. Attualmente operativo nei poli di Collegno e Biella, il progetto rappresenta una buona pratica innovativa a livello regionale, poiché integra strumenti clinici, fiscali e giuridici nella presa in carico del paziente, in linea con le Linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico (Decreto 16 luglio 2021 n.136).

Come nasce il progetto Sgarbuglio

Negli ultimi anni, il lavoro clinico condotto dal Dipartimento Patologia delle Dipendenze dell'ASL T03 – in particolare attraverso il servizio Spazio Altrove – ha reso sempre più evidente come la presa in carico di una persona con Disturbo da Gioco d'Azzardo debba occuparsi delle conseguenze economiche e sociali del DGA che, qualora non gestite, rischiano di condizionare l'andamento del percorso terapeutico.

Le storie raccolte nel servizio sono emblematiche: famiglie che si trovano improvvisamente esposte a pignoramenti e sfratti, lavoratori con stipendi interamente decurtati da trattenute per debiti contratti con finanziarie. In molti casi, le difficoltà non riguardano solo il giocatore, ma si estendono all'intero nucleo

familiare, coinvolgendo coniugi, genitori e figli.

Così nasce l'idea di Sgarbuglio. Il nome stesso del progetto, volutamente evocativo, richiama l'immagine di una matassa aggrovigliata fatta di problemi economici, legali, sociali e relazionali che la perdita di controllo sull'attività di gioco d'azzardo produce. Non si tratta di un servizio di consulenza "esterna" ai servizi, bensì di un modello integrato che ha voluto introdurre nel trattamento la presenza strutturata di professionisti giuridici e fiscali.

La creazione di uno sportello gratuito di orientamento giuridico e fiscale, accessibile non solo ai pazienti ma anche ai loro familiari, ha dato una risposta concreta al bisogno di supportare in modo integrato i pazienti con DGA.

In questo senso, Sgarbuglio aiuta a mettere ordine oltre che a ricostruire, utilizzando una precisa metodologia di intervento e lavorando su livelli linee di azione.

Le linee di azione: sportello, rete, formazione

Il progetto Sgarbuglio si fonda su tre linee di azioni che, nel loro intreccio, permettono di dare una risposta concreta e integrata alle persone con Disturbo da Gioco d'Azzardo e ai loro familiari. Questi tre pilastri – lo sportello, il lavoro di rete e la formazione – non sono pensati come interventi paralleli o settoriali, ma come parti di un unico processo, in cui ogni azione alimenta e rafforza le altre.

Lo sportello giuridico e fiscale

Lo sportello rappresenta il cuore operativo del progetto, il luogo in cui il bisogno della persona trova una prima traduzione in un percorso strutturato. Qui, un avvocato e un commercialista – selezionati non solo per le loro competenze tecniche, ma anche per l'esperienza maturata in materia di sovraindebitamento e amministrazione di sostegno – offrono consulenze gratuite e personalizzate. Non si tratta di un semplice servizio di consulenza, ma di uno spazio integrato all'interno del percorso terapeutico: ogni utente, infatti, è accompagnato e supportato da un operatore del servizio ASL che segue il trattamento.

Questo aspetto è cruciale. L'intervento dello sportello è parte del trattamento, una tappa che si intreccia con il lavoro clinico. La persona non è lasciata sola davanti a un avvocato o a un commercialista, ma accede allo sportello insieme all'operatore che lo conosce, che ha seguito il suo percorso terapeutico e che garantisce continuità tra l'area clinica e quella giuridico-economica.

Gli incontri si svolgono generalmente negli spazi messi a disposizione dalla Città Metropolitana di Torino, in corso Inghilterra 7: un luogo neutro, strategico dal punto di vista logistico e al centro di una rete di col-

legamenti con altri servizi (Ufficio Pubblica Tutela, sportello sovraindebitamento). Quando necessario, i colloqui possono avvenire anche online, per garantire l'accessibilità a utenti provenienti da territori più distanti.

Il lavoro di rete interistituzionale

La seconda linea di azione è il lavoro di rete, che costituisce uno degli elementi di maggiore innovazione del progetto. L'ASL T03, capofila, ha costruito negli anni relazioni stabili con attori chiave: le Fondazioni Antiusura (La Scialuppa, San Matteo), diversi Organismi di Composizione della Crisi, l'Ufficio di Pubblica Tutela, i tribunali, gli ordini professionali di avvocati e commercialisti, oltre a servizi sociali territoriali e realtà del terzo settore.

La collaborazione non si limita a rapporti di invio reciproco: sono stati sottoscritti protocolli, organizzati tavoli tecnici e definiti percorsi condivisi per gestire situazioni complesse. Un esempio significativo è il Protocollo d'Intesa con la Città Metropolitana del 2023, che non solo ha messo a disposizione spazi fisici per lo sportello, ma ha sancito un'alleanza istituzionale stabile, rendendo lo sportello parte di un ecosistema più ampio di servizi pubblici.

Il valore aggiunto del lavoro di rete risiede nella possibilità di garantire risposte coordinate e omogenee. Senza questa integrazione, infatti, il rischio è quello di interventi frammentati, in cui pazienti e familiari si trovano a "navigare" da soli tra uffici, fondazioni, tribunali e servizi sanitari, ricevendo spesso informazioni discordanti. Sgarbuglio ribalta questa logica: mette al centro la persona, facendo sì che siano i servizi a muoversi in rete intorno ad essa.

La formazione e la ricerca

La terza linea di azione del progetto riguarda la formazione e la ricerca, indispensabili per garantire sostenibilità e diffusione del modello. Nel corso del triennio sono stati organizzati numerosi eventi formativi rivolti a professionisti della salute, del sociale e del diritto, spesso in collaborazione con la Città Metropolitana di Torino e gli ordini professionali. Tra le iniziative più rilevanti si segnalano il Convegno del 2024 sul tema dell'amministrazione di sostegno e del DGA, nonché i laboratori di intervizione rivolti ad amministratori di sostegno, avvocati e commercialisti, finalizzati a costruire prassi comuni e condivise.

Parallelamente sono stati avviati percorsi di ricerca, come lo studio sulle certificazioni rilasciate dagli ambulatori DGA, che mira a uniformare criteri e procedure, riducendo le disomogeneità tra territori. Altre linee di approfondimento oggetto del lavoro sono il

tema di DGA, sommerso ed emerso, nelle situazioni di indebitamento, la violenza economica e l'indebitamento dei giovani adulti, fenomeno emergente che rischia di compromettere in modo precoce i percorsi di vita e autonomia.

La formazione, in questa prospettiva, non è solo un'attività collaterale, ma uno strumento per garantire la replicabilità del modello e la diffusione di buone prassi. Rendere gli operatori capaci di leggere le conseguenze economiche e giuridiche del DGA significa renderli più efficaci nell'intercettare precocemente il problema, nel costruire alleanze con altri professionisti e nel sostenere i pazienti con un approccio realmente multidimensionale.

Obiettivi e destinatari

Gli obiettivi del progetto sono molteplici e convergono verso una principale finalità: integrare la gestione delle conseguenze economiche e sociali nel trattamento clinico del DGA. In concreto, Sgarbuglio mira a:

- offrire un supporto specialistico e individualizzato alle persone con DGA e ai loro familiari;
- armonizzare la presa in carico attraverso una rete stabile tra enti sanitari, sociali e giuridici;
- favorire l'accesso ai servizi e l'emersione delle situazioni sommerse;
- diffondere conoscenze e buone prassi tra professionisti e istituzioni coinvolte.

Possono accedere allo sportello i pazienti in carico ai servizi DGA e i loro familiari, ma anche persone che, pur non avendo ancora intrapreso un percorso terapeutico, si trovino in gravi difficoltà economiche o sociali legate al gioco. In questi casi, l'accesso allo sportello può costituire la porta d'ingresso verso i servizi di cura.

L'équipe Sgarbuglio, territori di riferimento e dati

Sgarbuglio è un progetto a valenza regionale. Il Polo di Collegno riceve segnalazioni dai territori di: ASL T03, ASL Città di Torino, ASL T04, ASL T05, ASL CN1, ASL CN2, ASL Asti e ASL Alessandria. Gli altri territori piemontesi afferiscono invece al Polo di Biella.

L'accesso allo sportello avviene ancora oggi prevalentemente tramite invio da parte degli operatori dei servizi DGA delle ASL, che compilano l'apposita scheda di segnalazione e accompagnano i pazienti nel percorso di presa in carico. È in corso un lavoro di progettazione di una campagna di comunicazione che favorisca l'aumento degli accessi spontanei da parte dei cittadini, spesso familiari o persone direttamente coinvolte in situazioni di difficoltà legate alla perdita di controllo nell'attività di gioco d'azzardo. In questi casi, dopo un primo colloquio di accoglienza presso lo sportello, gli utenti vengono successivamente agganciati al servizio

sanitario di riferimento, così da garantire l'integrazione tra il supporto giuridico-fiscale e l'intervento terapeutico.

Dal punto di vista quantitativo, i dati raccolti dal polo di Collegno mostrano una progressiva crescita: tra il 2023 e il 2024 sono state segnalate 81 situazioni, con l'erogazione di oltre 400 prestazioni. A fine del terzo trimestre del 2025, il Polo di Collegno ha già registrato 55 nuove richieste di accesso, confermando la crescente rilevanza dello sportello come punto di riferimento per la gestione delle conseguenze economiche e sociali del DGA.

L'équipe Sgarbuglio è formata da personale contrattualizzato dall'ASLT03: un avvocato, un commercialista, un giurista esperto che svolge il ruolo di supervisore del progetto, un assistente sociale referente del progetto ed un assistente sociale di co-referente e tutor per gli operatori ed i pazienti che utilizzano lo sportello.

Risorsa centrale di Sgarbuglio è il Gruppo di Lavoro multidisciplinare che è formato dagli operatori referenti per ciascuna ASL, dai professionisti avvocato e commercialista e dagli operatori dell'ASLT03 referenti del progetto e si riunisce una volta al mese, valuta le nuove segnalazioni e si confronta sulle situazioni degli utenti in carico allo Sportello.

La metodologia operativa: dal dichiarato al documentato, passando per la messa in sicurezza

Il funzionamento di Sgarbuglio si fonda su una metodologia a fasi.

La prima fase è la mappatura documentata della situazione. È il momento in cui si passa dal dichiarato al documentato. Alla scheda di segnalazione segue un lavoro accurato di raccolta e verifica degli atti: posizioni debitorie, atti esecutivi, esposizioni verso finanziarie o privati, debiti fiscali e previdenziali, eventuali pignoramenti o intimazioni, nonché informazioni recuperate tramite banche dati. Questo screening non è un atto burocratico: è la base clinico-operativa su cui si costruisce l'attività seguente. La prassi mostra che il racconto iniziale tende spesso a sottostimare l'esposizione reale; la verifica oggettiva consente invece una fotografia fedele, che evita false partenze e interventi contraddittori. Quando la raccolta risulta complessa, l'équipe Sgarbuglio supporta paziente e operatore con l'obiettivo di ottenere un quadro sufficiente per discutere il caso in maniera completa.

La seconda fase riguarda la messa in sicurezza, disegnata insieme al servizio inviante e alla rete. Qui la protezione non è intesa soltanto come vincolo, ma come condizione per attivare complesse procedure per gestire le situazioni di indebitamento e sovraindebitamento. Può essere proposto un solido monitoraggio

familiare con regole di gestione del denaro oppure l'attivazione dell'amministrazione di sostegno (Legge 6/2004), spesso in raccordo con l'Ufficio di Pubblica Tutela. Questo passaggio ha due ricadute immediate: riduce l'esposizione a nuove passività (limitando accesso a credito e strumenti di pagamento) e trasferisce parte del carico relazionale con i creditori a una figura terza, riducendo lo stress che può riaccendere l'urgenza di giocare "per recuperare". La messa in sicurezza è, quindi, un presidio clinico a tutti gli effetti: protegge il percorso terapeutico e crea le condizioni per interventi economico-giuridici stabili.

Solo dopo questi due passaggi si apre la terza fase: la restituzione con indicazioni operative per la gestione della posizione debitoria. È il momento in cui avvocatessa e commercialista, in seduta congiunta e insieme all'operatore inviante, propongono strade praticabili e coerenti con la fotografia emersa e con il livello di protezione raggiunto: a titolo esemplificativo, procedure con gli Organismi di Composizione della Crisi (ex L. 3/2012, ora Codice della Crisi d'Impresa e dell'Insolvenza), interventi con le Fondazioni Antiusura, piani di rateizzazione, saldo e stralcio, consolidamenti e, quando opportuno, ordini e priorità nei pagamenti. La scelta finale resta in capo alla persona (e alla famiglia), ma è una scelta informata, sostenuta da un'équipe che mantiene il baricentro terapeutico e monitora gli effetti nel tempo.

In questo impianto a fasi, Sgarbuglio utilizza deliberatamente la metafora del "rischio-crollo": intervenire direttamente sulla ristrutturazione del debito prima di avere una base solida di mappatura e protezione equivale a costruire il tetto su fondamenta instabili. La nuova disponibilità di denaro o il ripristino di canali di credito, se non governati da misure di protezione adeguate, possono alimentare nuove perdite di controllo e far precipitare nuovamente la situazione—with danni economici maggiori e un ulteriore indebolimento motivazionale. Procedere per fasi, al contrario, consente di usare gli strumenti giuridici e finanziari come leve di cura, non come acceleratori di rischio.

Questa metodologia si traduce anche in una governance del percorso: discussione dei casi nel Gruppo di Lavoro multidisciplinare, appuntamenti congiunti di consulenza (preferibilmente negli spazi neutrali messi a disposizione dalla Città Metropolitana di Torino, o online per i territori distanti), e una restituzione che integra linguaggi clinici e tecnici, evitando messaggi divergenti. L'effetto non è solo tecnico, è relazionale: il paziente vede un sistema che parla con una voce sola e che non si limita a "curarlo", ma lo aiuta concretamente a ricostruire.

In sintesi, la forza del modello sta nella sua sequenzia-

lità necessaria: 1) mappare con evidenze, 2) proteggere in modo proporzionato, 3) agire sul debito con strumenti congrui. È questa logica a prevenire il rischio-crollo e a trasformare l'intervento economico-legale in un fattore di esito positivo del trattamento del DGA.

Riflessioni e prospettive future

L'esperienza di Sgarbuglio ha mostrato come la gestione del DGA richieda un'integrazione profonda tra dimensione clinica e dimensione socio-economica. L'indebitamento, infatti, non è solo una conseguenza del disturbo, ma diventa un fattore di mantenimento della dipendenza stessa. Un approccio che includa consulenza legale e finanziaria può contribuire a spezzare questo circolo vizioso.

Le sfide future riguardano diversi fronti: il consolidamento del gruppo di intervensione per amministratori di sostegno, la definizione di protocolli condivisi con OCC e Fondazioni, la diffusione dello screening economico precoce nei PDTA, l'attenzione ai giovani adulti indebitati, al tema della violenza economica e la promozione di campagne di comunicazione rivolte anche a chi non è ancora in carico ai servizi.

Conclusioni

Il progetto Sgarbuglio rappresenta una buona pratica replicabile a livello nazionale e internazionale. Esso dimostra che la presa in carico del DGA deve necessariamente comprendere la gestione delle ricadute economiche, sociali e legali, restituendo dignità ai pazienti e alle famiglie e consentendo loro di ricostruire progettualità di vita credibili e sostenibili.

COME

Dopo una prima fase istruttoria di raccolta degli elementi che permettono ai professionisti di inquadrare la situazione, viene fornita una restituzione con precise indicazioni operative da seguire. Gli operatori ed i consulenti di Sgarbuglio si rapportano per la gestione della situazione in collaborazione con gli ambulatori dei Servizi ASL, dove seguirà il percorso terapeutico previsto.

CONCRETAMENTE

- prima accoglienza da parte di operatori qualificati ASL
- istruttoria con analisi della situazione debitoria
- consulenza giuridica e fiscale
- supporto per richiedere la nomina dell'amministratore di sostegno
- accompagnamento presso le Fondazioni Antiusura e gli O.C.C. (per avviare una procedura di composizione delle crisi da sovraindebitamento)
- sostegno e formazione all'uso consapevole del denaro

OGGI È POSSIBILE FARSI AIUTARE AD AFFRONTARE LA SITUAZIONE.



Sgarbuglio è uno sportello gratuito di orientamento giuridico e fiscale per persone con Disturbo da Gioco d'Azzardo e per i loro familiari.

PER ACCEDERE ALLO SPORTELLO

manda una mail a sgarbuglio@aslto3.piemonte.it

contatta l'ambulatorio per il trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo presso la tua ASL di competenza www.sgarbuglio.it/cosa-fare/bravo-un-cambio

Affrontare in modo concreto i problemi di debiti connessi al gioco d'azzardo eccessivo è oggi possibile

REGIONE PIEMONTE TORINO MILANO



12.9

IL MODELLO DI PRESA IN CARICO DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO NELLA UNITÀ FUNZIONALE COMPLESSA SERD DELLA ZONA 1 DI FIRENZE

Cornelio A. *[1], Bardazzi Panti A. [2], Iozzi A. [1]

[1]Azienda USL Toscana Centro, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, UFC SerD Firenze ~ Italy,
[2]Azienda USL Toscana Centro, Dipartimento delle Professioni Tecnico sanitarie, SOC Attività di Riabilitazione Funzionale ~ Firenze ~ Italy

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo è una dipendenza comportamentale, con una grave ricaduta sugli aspetti psicologici, sociali ed economici. L'UFC SerD della Zona 1 di Firenze ha sviluppato un modello di intervento multidisciplinare e integrato.

Introduzione. Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è stato per la prima volta inserito nel DSM-III nel 1980, nella categoria del Disturbo del Controllo degli Impulsi e riclassificato come Disturbo da Gioco d'Azzardo nel DSM-V (2013) spostandolo nella categoria dei Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction evidenziando l'aspetto della dipendenza comportamentale. Il DGA rappresenta una patologia complessa che implica diversi aspetti: psicologici, sociali, fisici ed economici e ha una ricaduta notevole sulla qualità della vita della persona.

Il Gioco d'Azzardo è un fenomeno sociale in continua crescita (in Italia giocano circa 27 milioni di persone) in quanto risponde a bisogni di socializzazione, di sfida e di evasione dalla vita routinaria, compensando il malessere individuale e sociale. Le ricerche indicano che il volume del gioco aumenta in presenza di forti crisi sociali e rappresenta un'alternativa all'azione costruttiva per accedere al reddito creando l'illusione di risolvere le difficoltà economiche.

Si stima che quasi 45.000 adulti e 6.000 adolescenti in Toscana necessitino di aiuto a causa di problematiche legate al gioco d'azzardo. Sul fronte economico, la fotografia è altrettanto significativa: nel 2023, la raccolta complessiva del gioco d'azzardo in Toscana ha raggiunto gli 8,1 miliardi di euro, pari al 5% della raccolta nazionale. (L'azzardo nella regione Toscana.

Sacco, Lupi, Molinaro. Area della Ricerca di Pisa - IFC - Pisa anno 2025).

Obiettivo

Descrizione nel modello di presa in carico del paziente con Disturbo da Gioco d'Azzardo attuato nella Unità Funzionale Complessa (UFC) SerD. della Zona 1 di Firenze sviluppato in coerenza con le Linee di Indirizzo regionali definite dalla Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 882 del 06/09/2016. Il modello si concretizza in un Percorso Diagnostico - Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il giocatore d'azzardo patologico ed i suoi familiari, ponendosi come obiettivo il raggiungimento dell'astensione dal gioco d'azzardo, intervenendo sul livello di stress psico-patologico, sulle dinamiche relazionali socio-familiari del giocatore, sul livello di autonomia personale, sociale e delle risorse di rete dei giocatori e infine sul migliorare la qualità della vita.

Metodologia

L'UFC SerD della Zona 1 di Firenze dislocata in tre Unità Funzionali Semplici ha elaborato un unico PDTA trasversale alle tre Unità, elaborando strumenti di lavoro unici; le persone posso accedere ad uno dei 3 Servizi su libera scelta. Le fasi del Percorso si articolano in: accoglienza, valutazione multidisciplinare, progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI). Ogni Servizio ha un'équipe dedicata al trattamento del DGA che è composta da: psichiatra, psicologo, educatore professionale, assistente sociale, infermiere. A tutti i pazienti in ingresso viene fatta una valutazione multidisciplinare e successivamente viene stilato il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato. Il PTRI prevede la partecipazione ad un gruppo di primo livello psicoeducativo, caratterizzato da essere un gruppo chiuso della durata di circa 8 incontri con target pazienti e familiari ed ha l'obiettivo di favorire la comprensione della problematica del gioco patologico attraverso l'introduzione dei vari argomenti legati al tema del gioco da parte degli operatori e la discussione successiva tra i membri del gruppo e gli operatori. È prevista la somministrazione di un pre e post test al fine di valutare l'efficacia dell'intervento.

Successivamente è previsto l'invio al gruppo psicoterapeutico di secondo livello, caratterizzato da essere un gruppo aperto e continuo, con cadenza settimanale; il gruppo di secondo livello prevede la sola partecipazione dei pazienti ed ha l'obiettivo di lavorare soprattutto sugli aspetti emotivi. Di particolare importanza è il monitoraggio economico che, laddove è possibile, è svolto da un familiare mentre quando non c'è disponibilità nella rete familiare e amicale si può procedere

alla nomina di un amministratore di sostegno. Il lavoro sul monitoraggio è non solo organizzativo ma anche relazionale comportando un sostegno educativo-emotivo al tutor economico soprattutto quando è un familiare poiché spesso vengono a determinarsi conflitti. Fondamentale è il coinvolgimento dei familiari anche al fine di lavorare per modificare le dinamiche relazionali disfunzionali; infatti, il DGA coinvolge l'intero sistema familiare, che si trova a dover affrontare dinamiche complesse di negazione, sofferenze, conflitti e responsabilità.

Il lavoro di rete nel gioco d'azzardo è importante e comprende la collaborazione con i gruppi di auto-aiuto territoriali, Giocatori Anonimi (GA) per i pazienti e Gam-Anon per familiari e amici di giocatori, presentati in uno degli incontri del gruppo psicoeducativo al fine di favorirne la partecipazione. Inoltre, è fondamentale la collaborazione con il Centro di Ascolto Antiusura dove operano volontari che offrono consulenze e informazioni in campo finanziario e bancario.

In alcuni casi laddove non si riesce a raggiungere l'astinenza dal gioco con il trattamento ambulatoriale è possibile un'integrazione con un trattamento semi-residenziale o residenziale della durata medio-lunga (2-6 mesi).

Nel territorio fiorentino è inoltre attivo uno Sportello "Tilt-OFF" uno spazio di supporto, ascolto e orientamento rivolto a persone che si trovano in situazione di rischio o difficoltà legate al gioco d'azzardo. Lo sportello rappresenta un punto d'accesso volto a facilitare l'ingresso alla rete dei servizi, con l'obiettivo di ridurre il gap tra il numero effettivo di persone affette da DGA e quelle che accedono ai servizi di cura, cercando di intercettare precocemente il disagio e favorire un primo contatto con il sistema di assistenza.

Risultati attesi

L'obiettivo del PTRI è il raggiungimento non solo di uno stato di astensione dal gioco, ma fondamentale è aiutare la persona a ricostruire sé stessa, la propria identità a livello economico e relazionale/familiare, attraverso un lavoro sul piano educativo, emotivo, economico-sociale, relazionale.

Conclusione

Il DGA è in aumento nella popolazione, a causa della facilità di accesso e dell'aumento dell'offerta; è associato non solo a perdite anche ingenti di denaro, frode o attività illegali, ma persino a depressione e altri disturbi dell'umore, ideazione suicidaria, ansia e altre dipendenze (Marionneau & Nikkinen, 2022; Welte et al., 2001). L'esperienza maturata presso l'UFC SerD. Zona 1 di Firenze evidenzia come il Disturbo da Gioco

d'Azzardo richieda un approccio terapeutico integrato e multidimensionale. La complessità della problematica, che coinvolge aspetti psicologici, relazionali, economici e sociali, impone la necessità di un intervento coordinato da parte di un'équipe multi-professionale, dove i gruppi e il monitoraggio economico si configurano come elementi centrali del trattamento in grado di favorire l'astensione dal gioco, la consapevolezza del comportamento patologico e il recupero dell'autonomia.

12.10

DIFFERENZE DI GENERE NEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Carriero M.C.*[1], Beltrami M.[1], Brugnolo D.[1], Tunesi C.[1], Ferramosche E.B.[1], Pozzoni S.[1], Scaramuzzino M.F.[1], Zita G.[2]

[1]SerD Canzio - S.C. Dipendenze, ASST Fatebenefratelli Sacco ~ Milano ~ Italy, [2]S.C. Dipendenze, ASST Fatebenefratelli Sacco ~ Milano ~ Italy

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo sta aumentando tra le donne, con riduzione del divario di genere. Questo studio analizza le specificità di genere nel DGA, con attenzione alle donne e ai fattori che caratterizzano il loro specifico percorso terapeutico. I risultati mostrano caratteristiche cliniche e peculiari esigenze terapeutiche.

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della diffusione del Disturbo da Gioco d'Azzardo tra le donne e ad una riduzione del divario di genere. Diversi studi indicano che il genere influenza l'eziologia, le manifestazioni cliniche e la risposta ai trattamenti nel DGA. Questo studio si propone di approfondire tali differenze di genere, compresi i fattori che influenzano l'accesso ai trattamenti. È stata condotta un'analisi retrospettiva su un campione di 43 pazienti donne trattate presso un SerD di Milano tra il 2018 e il 2024; i dati della popolazione femminile sono stati confrontati con quelli della popolazione di uomini presi in carico per DGA nello stesso periodo (277 pazienti). La ricerca ha esaminato diverse variabili descrittive (età, stato civile, livello di istruzione, condizione lavorativa, situazione abitativa, mezzi di sostentamento, numero di accessi, tipologia di gioco, struttura inviante, comorbidità psichiatriche e i trattamenti ricevuti). Considerando i due gruppi (maschi e femmine) sono stati utilizzati test statistici del chi quadrato per confronto tra variabili qualitative ed il test di U-Mann Whitney per confronto tra variabili continue.

I risultati, pur confermando alcune tendenze già note in letteratura, offrono spunti significativi. Dall'analisi emerge che le donne hanno caratteristiche cliniche ed esigenze terapeutiche che le distinguono dagli uomini. Per quanto riguarda la distribuzione dell'utenza tra i sessi, l'utenza maschile rimane predominante (86,7% contro il 13,3%). Le donne accedono ai servizi in età

più avanzata rispetto agli uomini (56.7 anni contro 48,2 anni) e tale differenza risulta statisticamente significativa ($P = 0,00046$, $p < 0,05$). Considerando la tipologia di gioco d'azzardo, non si evidenziano differenze statisticamente significative tra i due sessi. Le differenze di genere emergono invece considerando comorbidità ed esito del trattamento. Sono emerse differenze statisticamente significative per comorbidità con disturbo da uso di sostanze che risulta avere dati di prevalenza maggiori nella popolazione maschile (20%) ($p = 0,048$, $p < 0,05$), inoltre la popolazione maschile presenta esiti di trattamento peggiori (51% soggetti interrompe il trattamento o viene perso di vista) ($p = 0,002$, $p < 0,05$).

Relativamente alle comorbidità si riscontrano nella popolazione femminile un'alta prevalenza di depressione (21%) e ansia (24%) seguite da disturbo borderline (14%) con differenze statisticamente significative rispetto alla popolazione maschile ($p = 0,016$, $p < 0,05$). La popolazione maschile presenta più elevati tassi di diagnosi quali Disturbo antisociale (5,77%), psicosi (4,7%), Disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (2%).

I dati fin qui esposti suggeriscono quindi che può essere utile differenziare gli approcci terapeutici per le donne integrando interventi di gestione dell'umore, di esperienze traumatiche, di sentimenti di colpa e vergogna, rispetto agli uomini per i quali la terapia si dovrebbe concentrare maggiormente sulla gestione dell'impulsività.

La consapevolezza di queste differenze di genere è fondamentale per sviluppare strategie di prevenzione e interventi terapeutici più mirati ed efficaci.

12.11

APPLICAZIONE DEL TEST GAMBLING PATHWAYS QUESTIONNAIRE (GPQ) IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO: CORRELATI CLINICI E PROFILI PSICOPATOLOGICI

Besana F.*[1], Barbini D.[1], Barbieri E.[1], De Rosa M.[1], Minci M.[1], Micheli D.[1], Negri A.[1], Masserini A.[2], Papaluca S.[1], Nicolai C.[1], D'Agostino A.[2]
[1]ASST Santi Paolo e Carlo ~ Milano ~ Italy,
[2]Università degli Studi di Milano ~ Milano ~ Italy

Applicazione del Gambling Pathways Questionnaire in 76 pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo in carico a un SerD di Milano: identificazione di sottotipi clinici e discussione delle ricadute terapeutico-gestionali.

Introduzione

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), incluso nel DSM-5 tra le addiction, è oggi riconosciuto come una delle principali dipendenze comportamentali, con gravi ricadute sanitarie, sociali ed economiche. In Europa la prevalenza del gioco problematico varia dallo 0,5% al 3% (Calado & Griffiths, 2016). In Italia, circa il 36% degli adulti ha giocato nell'ultimo anno; tra questi, il 3% presenta un disturbo conclamato e oltre il 6% è in una situazione di rischio (Pacifici et al., 2019). Inoltre, circa il 25% degli studenti tra i 14 e i 17 anni ha giocato almeno una volta nell'ultimo anno, con un 6% di casi problematici (Ministero della Salute, 2023). Complessivamente, si stima che i giocatori patologici in Italia siano tra 300.000 e 1,3 milioni (Welforum, 2023).

Sul piano economico, l'impatto del gioco d'azzardo legale è altrettanto significativo: nel 2023 il volume delle giocate in Italia ha superato i 147 miliardi di euro (pari a circa il 4% del PIL), con oltre un quarto dei giocatori che dichiara di aver contratto debiti per finanziare la propria attività di gioco (Welforum, 2023). Questi dati, combinati all'incremento della richiesta di trattamento presso i Servizi per le

Dipendenze (SerD), delineano un quadro complesso che impone una risposta clinica articolata e personalizzata (Primi, Donati, & Sanson, 2022).

Dal punto di vista terapeutico, l'eterogeneità dei profili clinici dei pazienti ostacola l'applicazione di protocolli standardizzati. In questo contesto si inserisce il Pathways Model di Blaszczynski e Nower (2002), che individua tre profili di giocatori patologici:

- Condizionato nel comportamento – condizionato da rinforzi e distorsioni cognitive, senza problematiche pregresse rilevanti e in assenza di comorbidità sul piano psichiatrico.
- Emotivamente vulnerabile – il gioco viene usato come strategia di coping rispetto a depressione, ansia o traumi.
- Impulsivo/antisociale – caratterizzato tratti di impulsività, disregolazione affettiva e disturbi di personalità associati, specialmente il disturbo borderline e antisociale di personalità.

Il presente studio mira a: 1) valutare gli esiti legati all'applicazione del GPQ a un campione di pazienti con diagnosi di DGA presso il SerD di via Boifava (ASST Santi Paolo e Carlo, Milano); 2) esplorare relazioni tra i profili e le variabili cliniche/socio-demografiche; 3) discutere le possibili implicazioni terapeutiche di tale classificazione.

Materiali e metodi

Lo studio ha incluso pazienti maggiorenni con diagnosi di DGA secondo i criteri DSM-5, in carico presso il SerD indicato. Sono stati esclusi soggetti con gravi compromissioni cognitive tali da compromettere l'affidabilità degli esiti del test e pazienti con dati clinico-anamnestici insufficienti. La somministrazione del GPQ è avvenuta in sede clinica, supportata da professionisti formati, nel contesto della valutazione iniziale. Contestualmente, sono stati raccolti dati socio-demografici e clinici tramite interviste e cartelle, nel rispetto delle norme legate alla privacy.

Variabili considerate

Socio-demografiche: età, genere, istruzione, stato civile, figli, lavoro, situazione giudiziaria, familiarità per DGA; cliniche: tipologia e modalità di gioco, età di esordio dei sintomi correlati al gioco d'azzardo, primo accesso ai servizi delle dipendenze, comorbidità psichiatriche e da sostanze, terapie farmacologiche in corso; psicometriche: Problem Gambling Severity Index (PGSI; Ferris & Wynne, 2001), che rileva la gravità del

gioco e delle sue conseguenze associate; Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton, Stanford, & Barratt, 1995), livelli di impulsività; Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Saunders et al., 1993), gravità del consumo di alcol; Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20; Bagby, Parker, & Taylor, 1994), livelli di alestitimia.

Risultati

Il campione era composto da 76 pazienti, con un'età media di 39.3 anni (DS 15.1). La distribuzione del campione (Tabella 1) ha visto una prevalenza del profilo 2 (41,9%), seguito dal profilo 1 (36,7%) e dal profilo 3 (21,6%).

Dal punto di vista socio-demografico, il profilo 3 è risultato significativamente più giovane rispetto agli altri (età media = 30,6 anni; $p = 0,027$) e composto esclusivamente da uomini. Anche il genere ha mostrato un'associazione significativa con il tipo di profilo ($p = 0,012$), con una maggiore rappresentanza femminile nel gruppo 2.

Analizzando le caratteristiche cliniche, è emersa una differenza significativa nell'età di inizio del gioco, con i soggetti del profilo 3 che hanno iniziato a giocare più precocemente (età media = 17,4 anni; $p = 0,001$). Anche la presenza di comorbidità da uso di sostanze è risultata associata al profilo 3 (68,8%, $p = 0,001$).

Tabella 1. Variabili socio-demografiche e cliniche

Tipo GPQ	Variabile	p-value
1 29 (36,7%) 2 31 (41,9%) 3 16 (21,6%)		
	Età media (M, DS)	
1 2 3	Media = 41,1 SD = 14,0 Media = 42,1 SD = 14,7 Media = 30,6 SD = 15,5	0.027
	Genere	
1 2 3	F: 2 (6,9%) M: 27 (93,1%) F: 9 (27,3%) M: 24 (72,7%) F: 0 (0,0%) M: 16 (100,0%)	0.012
	Scolarità	
1 2 3	16 (55,2%) <8 anni, 13 (44,8%) >8 anni 18 (58,3%) <8 anni, 14 (43,8%) >8 anni 11 (68,8%) <8 anni, 5 (31,3%) >8 anni	0.8
	Stato civile	
1 2 3	Coniugato/convincente: 15 (51,7%) Celibe/Nubile: 14 (46,3%) Divorziato: 0 (0,0%) Coniugato/convincente: 12 (38,7%) Celibe/Nubile: 16 (51,6%) Divorziato: 5 (9,7%) Coniugato/convincente: 2 (12,5%) Celibe/Nubile: 12 (75,0%) Divorziato: 2 (12,5%)	0.045
	Situazione lavorativa	
1 2 3	Occupato: 24 (82,8%) Disoccupato: 5 (17,2%) Occupato: 30 (93,8%) Disoccupato: 2 (6,3%) Occupato: 14 (87,5%) Disoccupato: 2 (12,5%)	0.350
	Situazione giudiziaria	
1	Incurato: 25 (86,2%)	0.718

2 3	Problemi legali: 4 (13,8%) Incurato: 28 (90,3%) Problemi legali: 3 (9,7%) Incurato: 15 (93,8%) Problemi legali: 1 (6,3%)	
	Famigliarità per DUS/DGA	
1 2 3	SI: 9 (31%) NO: 20 (69%) SI: 12 (38,4%) NO: 21 (63,6%) SI: 7 (43,8%) NO: 9 (56,3%)	0.778
	Età di inizio gioco (Media, SD, range)	
1 2 3	27,6; 12; 14-56 25,7; 12,3; 12-58 17,4; 8,91; 10-50	0.001
	Comorbidità psichiatrica	
1 2 3	NO: 26 (89,7%) SI: 3 (10,3%) NO: 23 (69,7%) SI: 10 (30,3%) NO: 13 (81,3%) SI: 3 (18,8%)	0.158
	Comorbidità addiction	
1 2 3	NO: 26 (89,7%) SI: 3 (10,3%) NO: 27 (81,8%) SI: 6 (18,2%) NO: 5 (31,3%) SI: 11 (68,8%)	0.001
	Quale addiction	
1 2 3	Cannabis: 1 (1,3%) Cocaina: 1 (1,3%) Alcool: 1 (1,3%) Cannabis: 3 (3,8%) Cocaina: 3 (3,8%) Cannabis: 8 (56,3%) Cocaina: 1 (6,3%) Sex addiction: 2 (12,5%)	
	Tipo di gioco	
1 2 3	Offline: 14 (43,8%) Entrambi: 8 (27,6%) Online: 7 (38,9%) Offline: 14 (43,8%) Entrambi: 11 (37,9%) Online: 8 (44,4%) Offline: 4 (25,0%) Entrambi: 9 (56,3%) Online: 3 (18,8%)	0.293
	Tipo di gioco primario	
1 2 3	Casino: 3 (10,3%) Slot machines: 16 (55,2%) Scommesse sportive: 9 (31,0%) Lotteria/Gratta e Vinci: 1 (3,4%) Casino: 2 (6,1%) Slot machines: 15 (45,5%) Scommesse sportive: 9 (27,3%) Lotteria/Gratta e Vinci: 4 (12,1%) Poker: 2 (6,1%) Casino: 6 (37,5%) Slot machines: 1 (6,3%) Scommesse sportive: 7 (43,8%) Lotteria: 1 (6,3%) Poker: 1 (6,3%)	

I risultati relativi ai test psicometrici (Tabella 2) hanno rafforzato la distinzione tra i profili: il punteggio medio al PGSI, era più elevato nel profilo 3 ($p = 0,008$), così come i punteggi alla scala BIS-11, ($p < 0,001$). Anche i punteggi alla TAS-20, erano significativamente più alti nei profili 2 e 3 rispetto al profilo 1 ($p = 0,048$).

Conclusioni

I dati emersi supportano la capacità del GPQ di distinguere i tre sottotipi di giocatori patologici (condizionato nel comportamento, emotivamente vulnerabile e impulsivo/antisociale) in coerenza con il modello di Blaszczynski e Nower (2002) e con le validazioni italiane più recenti (Primi et al., 2022).

Il sottogruppo impulsivo/antisociale si conferma il più giovane (età media 30 anni), caratterizzato da un esordio precoce del gioco (17 anni) e da un'elevata presen-

za di comorbidità con uso di sostanze, configurando quindi una condizione di vulnerabilità multipla (Rahman et al., 2012). Inoltre, solo uomini appartengono a questo profilo, mentre la componente femminile è maggiormente rappresentata tra il profilo 2 (27%). Sebbene numericamente ridotto, il campione femminile mostra una distribuzione statisticamente significativa nel secondo gruppo ($p = 0.012$), a conferma della rilevanza del genere nella valutazione clinica e nella definizione dei percorsi terapeutici (Ronzitti et al., 2016).

Tabella 2. Variabili psicometriche

Tipo GPQ	Variabile	p-value
	Score PGSI (Media; DS)	
1	14.4; 4.53	0.008
2	16.3; 4.89	
3	19.2; 3.66	
	Score BIS (Media; DS)	
1	64.3; 10.31	<0,001
2	73.1; 10.69	
3	77.9; 9.68	
	Score TAS-20 (Media; DS)	
1	45.2; 16.7	0.048
2	52.4; 15.2	
3	55.6; 11	
	Score AUDIT (N, %)	
1	Basso rischio: 27 (38.0%) Rischio moderato: 2 (28.6%) Dipendenza: 0 (0%)	0.487
2	Basso rischio: 30 (42.3%) Rischio moderato: 2 (28.6%) Dipendenza: 1 (100%)	
3	Basso rischio: 14 (87.5%) Rischio moderato: 2 (12.5%) Dipendenza: 0 (0%)	

Tabella 2: variabili psicometriche

Dal punto di vista socio-relazionale, lo stato civile differenzia i cluster, con più soggetti coniugati nel profilo 1 e una prevalenza di celibi/nubili nei profili 2 e 3, a sostegno dell'ipotesi del ruolo protettivo delle relazioni affettive sulla gravità del disturbo. La scolarità, invece, non mostra variazioni significative, ribadendo la trasversalità del Disturbo da Gioco d'Azzardo. Per quanto riguarda le comorbidità psichiatriche, esse risultano più frequenti nel sottotipo 2, in particolare riguardo ai disturbi dell'umore, suggerendo l'uso del gioco d'azzardo come modalità disfunzionale di regolazione emotiva.

Sul piano psicometrico, il gruppo impulsivo/antisociale evidenzia i punteggi più elevati al PGSI, mentre i profili 2 e 3 riportano valori crescenti sia in termini di impulsività che di alessitimia. Questi aspetti hanno importanti ricadute cliniche in termini di predizione della risposta al trattamento e di progettazione di interventi mirati sulla regolazione emotiva. La forte associazione tra il profilo 3 e la presenza di disturbi da uso di sostanze ($p = 0.001$) sottolinea la necessità di approcci integrati in grado di affrontare congiunta-

mente il gioco d'azzardo e le altre forme di dipendenza.

In sintesi, il GPQ rappresenta uno strumento clinico di valore per la tipizzazione dei pazienti con DGA, favorendo la personalizzazione delle strategie terapeutiche. L'identificazione tempestiva del profilo consente di modulare gli interventi in base alle vulnerabilità specifiche, migliorando così l'efficacia delle cure e rafforzando l'alleanza terapeutica.

Bibliografia

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x>
- Calado, F., & Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 592-613. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.073>
- Ferris, J., & Wynne, H. (2001). The Canadian Problem Gambling Index: Final report. Canadian Centre on Substance Abuse.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Mooney, M. E. (2012). Pathological gambling and alcohol use disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*, 34(3), 350-355.
- Ioannidis, K., Hook, R., Wickham, K., Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2019). Impulsivity in gambling disorder and problem gambling: A meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*, 44, 1354-1361. <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0393-9>
- Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2010). Subtyping pathological gamblers based on impulsivity, depression, and anxiety. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 680-688. <https://doi.org/10.1037/a0019906>
- Ministero della Salute. (2023). Relazione sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Roma: Ministero della Salute.
- Nower, L., & Blaszczynski, A. (2010). Gambling motivations, money-limiting strategies, and precommitment preferences of problem versus non-problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 26(3), 361-372. <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9170-8>
- Pacifici, R., et al. (2019). Relazione sul consumo di gioco d'azzardo in Italia. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche.

- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
- Primi, C., Donati, M. A., & Sanson, F. (2022). Validation of the Gambling Pathways Questionnaire (GPQ) in an Italian sample of gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 38(3), 895–914. <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10083-6>
- Rahman, A. S., Pilver, C. E., Desai, R. A., Steinberg, M. A., Rugle, L., Krishnan-Sarin, S., Potenza, M. N. (2012). The relationship between age of gambling onset and adolescent problematic gambling severity. *Journal of Psychiatric Research*, 46(5), 675–683. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.02.007>
- Ronzitti, S., Lutri, V., Smith, N., Clerici, M., & Bowden-Jones, H. (2016). Gender differences in treatment-seeking British pathological gamblers. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 231–238. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.030>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction*, 88(6), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Subramaniam, M., Abidin, E., Vaingankar, J. A., & Chong, S. A. (2017). Gambling participation and problems among community-dwelling adults in Singapore: Results from a national survey. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 46(11), 455–464.
- Welforum. (2023). *Il gioco d'azzardo in Italia: dati e analisi*. Milano: We Welfare.

12.12

DIFFERENZE DI GENERE IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO: CORRELATI CLINICI E SOCIO-DEMOGRAFICI

Besana F.*[1], Barbini D.[1], Capuzzi E.[2], Minci M.[1], Barbieri E.[1], De Rosa M.[1], Negri A.[1], Papaluca S.[1], D'Agostino A.[3], Nicolai C.[1]

[1]ASST Santi Paolo e Carlo ~ Milano ~ Italy, [2]IRCSS Ospedale San Gerardo ~ Monza ~ Italy, [3]Università degli Studi di Milano ~ Milano ~ Italy

Questo studio ha analizzato le differenze di genere nel Disturbo da Gioco d'Azzardo in 151 pazienti ambulatoriali, sul piano clinico e socio-demografico, in carico a un SerD di Milano.

Introduzione

Il disturbo da gioco d'azzardo (DGA) è riconosciuto come un rilevante problema di salute pubblica, caratterizzato da comportamenti di gioco persistenti e ricorrenti che comportano compromissione o disagio clinicamente significativi. Il DGA è associato a gravi conseguenze, quali problemi interpersonali, finanziari, legali e condotte suicidarie (American Psychiatric Association, 2013). Con la recente espansione delle possibilità di accesso al gioco, comprese le piattaforme online, la prevalenza del DGA è aumentata a livello globale, suscitando crescente attenzione verso i fattori di rischio e le influenze demografiche che contribuiscono allo sviluppo del disturbo (Scandroglio et al., 2022). Sebbene il DGA colpisca individui di ogni gruppo demografico, la ricerca ha evidenziato differenze di genere significative in termini di prevalenza, esordio, progressione e impatti psicosociali associati.

I dati epidemiologici suggeriscono che il DGA è una condizione più frequente negli uomini rispetto alle donne (Gartner et al., 2022). In particolare, è stato rilevato che gli uomini preferiscono giochi basati sull'abilità, come il poker, mentre le donne sembrano preferire giochi di pura sorte, come le slot machine o il bingo (Bonnaire et al., 2017; Odlaug, Marsh, Kim, & Grant, 2011). Inoltre, gli uomini tendono ad accedere a tratta-

menti specialistici in età più giovane, a presentare più frequentemente problemi legati all'alcol e una maggiore incidenza di problematiche legali (Ladd & Petry, 2002; Potenza et al., 2001).

La prevalenza del DGA varia anche in base all'età e al genere, con adolescenti e giovani adulti che mostrano tassi più elevati di comportamenti di gioco rischiosi. Queste differenze sottolineano la necessità di interventi di salute pubblica e approcci terapeutici mirati, che tengano conto dei percorsi e dei fattori di rischio specifici per genere. Analizzare tali differenze in una prospettiva epidemiologica è essenziale per sviluppare strategie di prevenzione e trattamento sensibili al genere, volte a ridurre il peso individuale e sociale del DGA.

Sulla base di queste premesse, il presente studio si propone di esaminare le differenze di genere in un campione di giocatori d'azzardo patologici in trattamento ambulatoriale presso un SerD di Milano, in termini di prevalenza, caratteristiche socio-demografiche e cliniche.

Materiali e Metodi

La popolazione dello studio era composta da pazienti in trattamento per Disturbo da Gioco d'Azzardo, afferenti a un SerD di Milano. Nello specifico, il SerD di Via Boifava offre trattamenti multidisciplinari per persone con dipendenze comportamentali e da sostanze, ad eccezione del disturbo da uso di oppiacei (DUO).

I criteri di inclusione nello studio sono stati: (1) avere ottenuto un risultato positivo al test di screening liebet (almeno una risposta "sì"); (2) possedere le capacità cognitive e linguistiche necessarie per completare gli strumenti di valutazione. Sono stati esclusi i pazienti con altre dipendenze comportamentali con spesa di denaro (ad es. trading, disturbo da gioco su internet, shopping compulsivo). Inoltre, sono stati esclusi i pazienti per i quali non erano disponibili dati clinici sufficienti. Le variabili psicometriche sono state misurate tramite il Problem Gambling Severity Index (PGSI, Ferris & Wynne, 2000), la Gambling-Related Cognitions Scale (GRCS, Raylu & Oeu, 2004), la Barratt Impulsiveness Scale (BIS, Patton, Stanford & Barratt, 1995) e l'Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT, Saunders et al., 1993). Queste valutazioni psicometriche vengono solitamente effettuate come parte della routine clinica quando il paziente inizia il trattamento multidisciplinare. Le restanti variabili cliniche e socio-demografiche sono state rilevate consultando le cartelle cliniche, nel rispetto della privacy degli utenti inclusi. Ogni paziente ha prestato il proprio consenso informato a partecipare alla ricerca.

Risultati

Il campione (N=151) era composto prevalentemente da

uomini (86%). Gli uomini erano significativamente più giovani delle donne ($p=0,038$) e più frequentemente presentavano problemi legali ($p=0,047$). Inoltre, iniziavano a giocare in media 12 anni prima delle donne e accedevano al trattamento 10 anni prima ($p=0,002$). Le donne giocavano principalmente offline (90,5%). In entrambi i gruppi il gioco prevalente erano le slot machines, ma il genere femminile mostrava una maggiore preferenza per i Gratta e Vinci (23,8% vs 7,7%). La prescrizione di trattamenti psicofarmacologici era più frequente nelle donne ($p=0,029$) e il tasso di comorbidità psichiatrica risultava più alto rispetto agli uomini (28,6% vs 15,4%).

Le valutazioni cliniche hanno mostrato sintomi legati al gioco in generale più marcati nelle donne all'ingresso in trattamento, senza tuttavia raggiungere la significatività statistica. Per il PGSI si è registrata una tendenza verso la significatività ($p=0,086$). Non sono emerse differenze nei punteggi BIS sull'impulsività.

La valutazione clinica e psicopatologica è riportata nella Tabella 2. I sintomi legati al gioco d'azzardo risultano generalmente più elevati nelle donne al basale, senza però raggiungere la significatività statistica. Per quanto riguarda il punteggio al PGSI, è stato rilevato un trend verso la significatività ($p=0,086$). Non sono state riscontrate differenze nei punteggi BIS relativi all'impulsività.

Tabella 1. *Caratteristiche cliniche e socio-demografiche a=t-test a campioni indipendenti o Wilcoxon Mann-Whitney test b=test del chi-quadro o test esatto di Fisher*

	F (N=21, 13,9%)	M (N=130, 86,1%)	p value
Età (media, range, DS)	53,1 (25-76, 12,3)	43,2 (18-80, 14,6)	0,038^a
Problemi legali	Sì 1 (4,8%)	No 34 (26,2%)	0,047^b
Stato civile	Coniugato/in una relazione 6 (28,6%) Divorziato 7 (33,3%) Single 8 (38,1%)	Coniugato/in una relazione 65 (50%) Divorziato 12 (9,2%) Single 53 (40,6%)	0,003^a
Scolarità	Meno di 8 anni 10 (47,6%) Più di 8 anni 11 (52,4%)	Meno di 8 anni 59 (44,6%) Più di 8 anni 62 (55,4%)	0,769 ^c

Situazione lavorativa	Occupato 17 (81%) Inoccupato 3 (14,3%) Studente 0 (0%) Pensionato 1 (4,8%)	Occupato 90 (69,2%) Inoccupato 26 (20%) Studente 4 (3,1%) Pensionato 0 (7,7%)	0,678 ^c
Famigliarità per DGA	Sì 9 (42,9%)	No 31 (23,8%)	0,023^b
Età di inizio gioco (media, DS)	38,3 (15,3)	25,9 (23,0)	<0,001^a
Età di inizio trattamento specifico (media, DS)	50,3 (12,5)	39,9 (14,2)	0,002^a
Durata di malattia non trattata	12,1 (8,0)	13,7 (10,0)	0,665 ^c
Comorbidità psichiatrica	6 (28,6%)	20 (15,4%)	0,138 ^c
Terapia psicofarmacologica	6 (28,6%)	13 (10%)	0,029^b
Gioco online/offline	Online 1 (4,8%) Offline 19 (90,5%) Entrambi 1 (4,8%)	Online 30 (23,1%) Offline 75 (57,7%) Entrambi 25 (19,2%)	0,016^b
DUS concomitante	3 (14,3%) Yes	45 (34,6%) Yes	0,063 ^c
Disturbo da uso di Alcool (DUA) concomitante	3 (14,3%) Yes	110 (84,6%) Yes	0,599 ^c
Tipo di gioco preferito			
Slot machines	8 (38,1%)	56 (43,1%)	0,505 ^b
Scommesse sportive	0 (0%)	41 (31,5%)	0,001^a
Gratta e Vinci	5 (23,8%)	10 (7,7%)	0,038^b
Poker	0 (0%)	5 (3,8%)	0,468 ^c
Lotteria	7 (33,3%)	11 (8,5%)	0,004^b
Casinò	1 (4,8%)	7 (5,4%)	1,000 ^b

Tabella 1: *caratteristiche cliniche e socio-demografiche*

Tabella 2. Strumenti di assessment $a=t$ -test a campioni indipendenti o Wilcoxon Mann-Whitney test $b=chi$ -square test o Fisher's exact test

Strumento di assessment	Genere	Media, DS	p value
PGSI	F	18,7 (5,96)	0,086 ^a
	M	16,2 (6)	
GRCS	F	80,7 (22,7)	0,134 ^a
	M	70,7 (26,6)	
BIS-11	F	68,2 (7,46)	0,980 ^a
	M	68,1 (13,1)	

Tabella 2. strumenti di assessment

Conclusione

Il nostro studio si è concentrato sulle differenze cliniche e socio-demografiche legate al genere in un campione di giocatori in cerca di trattamento. I dati analizzati evidenziano che gli uomini iniziano a giocare circa dieci anni prima delle donne. Questo risultato è in linea con evidenze precedenti (Miller et al., 2023; Ronzitti et al., 2016). In particolare, uno studio (Ronzitti et al., 2016) ha evidenziato che gli uomini in cerca di trattamento erano mediamente 6 anni più giovani delle donne e avevano iniziato a giocare circa 8 anni prima. Allo stesso modo, lo stesso studio (Ronzitti et al., 2016) ha mostrato che gli uomini tendevano a essere più giovani e le donne presentavano punteggi PGSI più elevati. Analogamente, un lavoro svedese (Håkansson & Widinghoff, 2020), condotto tramite una survey rivolta ai giocatori online, ha rilevato che le pazienti di genere femminile avevano livelli maggiori di distress psicologico, maggiore probabilità di sovra-indebitamento e maggiore gravità di gioco problematico rispetto ai maschi.

Sebbene non siano state registrate differenze statisticamente significative nei sintomi di gravità del gioco, abbiamo osservato un trend nei punteggi PGSI ($p=0,086$), con le donne che mostravano punteggi PGSI e GRCS più elevati all'inizio del trattamento. L'inizio precoce del gioco negli uomini potrebbe suggerire una maggiore vulnerabilità ai danni correlati al gioco durante l'età giovanile, potenzialmente dovuta a una maggiore esposizione a fattori culturali che normalizzano comportamenti a rischio nei maschi. Questo anticipato esordio ha implicazioni per strategie preventive, che potrebbero necessitare di interventi specifici per genere e maggiormente precoci (Schinke &

Schwinn, 2005).

Il fatto che le donne ricerchino il trattamento specializzato più tardi degli uomini, può indicare che le giocatrici affrontano barriere specifiche nell'accesso all'aiuto, come sentimenti di vergogna, stigma o responsabilità familiari o sociali che interferiscono con l'impegno terapeutico (Kaufman et al., 2017). Studi precedenti riportano che le donne incontrano ostacoli pratici legati a tempo, attesa del trattamento, distanza dai servizi di cura, costi e mancanza di informazioni per accedere a trattamenti specializzati (Kaufman et al., 2017). Ciò evidenzia la necessità di implementare programmi di psicoeducazione pubblica sul gioco problematico, volti ad aumentare la consapevolezza, ridurre lo stigma e incoraggiare la richiesta di aiuto. Inoltre, in linea con ricerche precedenti (Girone et al., 2024), il nostro studio suggerisce che le donne con Disturbo da Gioco d'Azzardo hanno più frequentemente una storia familiare di problemi di gioco, indicando un possibile ruolo genetico o ambientale nello sviluppo dei loro comportamenti di gioco (Grant et al., 2012; Eisen et al., 1998).

Il nostro studio ha evidenziato che le donne in cerca di trattamento presentano tassi più elevati di comorbidità psichiatriche, maggiore ricorso a trattamenti psicofarmacologici e sintomi di gioco più gravi rispetto agli uomini.

Sulla base di quanto descritto, è importante sottolineare l'importanza di considerare le differenze di genere all'interno di una popolazione di giocatori patologici in trattamento, prendendo in considerazione non solo le caratteristiche socio-demografiche, ma anche i comportamenti di gioco e le variabili cliniche specifiche.

Bibliografia

- Baggio, S. Gainsbury, S. M., Starcevic, V., Richard, J.-B., Beck, F., & Billieux, J. (2018). Gender differences in gambling preferences and problem gambling: A network-level analysis. *International Gambling Studies*, 18(3), 512-525. <https://doi.org/10.1080/14459795.2018.1495750>
- Barnes GM, Welte JW, Tidwell MC, Hoffman JH. Gambling and Substance Use: Co-occurrence among Adults in a Recent General Population Study in the United States. *Int Gambl Stud*. 2015 Jan 1;15(1):55-71. doi: 10.1080/14459795.2014.990396. PMID: 25914605; PMCID: PMC4405260.
- Bonnaire, C., Kovess-Masfety, V., Guignard, R., Richard, J. B., Du Roscoät, E., & Beck, F. (2017). Gambling type, substance abuse, health and psychosocial correlates of male and female problem gamblers in

a nationally representative French sample. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 343–369. 10.1007/s10899-016-9628-4.

- Eisen, S. A., Lin, N., Lyons, M. J., Scherrer, J. F., Griffith, K., True, W. R., Goldberg, J., & Tsuang, M. T. (1998). Familial influences on gambling behavior: an analysis of 3359 twin pairs. *Addiction (Abingdon, England)*, 93(9), 1375–1384. 10.1046/j.1360-0443.1998.93913758.x

- Gartner C, Bickl A, Härtl S, Loy JK, Häffner L. Differences in problem and pathological gambling: A narrative review considering sex and gender. *J Behav Addict*. 2022 May 2;11(2):267–89. doi: 10.1556/2006.2022.00019. Epub ahead of print. PMID: 35499928; PMCID: PMC9295224.

- Girone N, Limosani I, Ciliberti C, Turco M, Longo L, Colletti MA, Cocchi M, Zita G, Fiocchi MI, Benatti B, Viganò C, Percudani M, Dell'Osso B. Gender Differences in Gambling Disorder: Results from an Italian Multicentric Study. *Clin Neuropsychiatry*. 2024 Aug; 21(4):313–322. doi: 10.36131/cnfioritieditore.20240407. PMID: 39309026; PMCID: PMC11411508.

- Grant JE, Odlaug BL, Mooney ME. Telescoping phenomenon in pathological gambling: association with gender and comorbidities. *J Nerv Ment Dis*. 2012 Nov;200(11):996–8. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182718a4d. PMID: 23124186; PMCID: PMC3499774.

- Håkansson A, Widinghoff C. Gender Differences in Problem Gamblers in an Online Gambling Setting. *Psychol Res Behav Manag*. 2020 Aug 18; 13:681–691. doi: 10.2147/PRBM.S248540. PMID: 32884371; PMCID: PMC7443450.

- Kaufman A, Jones Nielsen JD, Bowden-Jones H. Barriers to Treatment for Female Problem Gamblers: A UK Perspective. *J Gambl Stud*. 2017 Sep;33(3):975–991. doi: 10.1007/s10899-016-9663-1. PMID: 28008550; PMCID: PMC5579153.

- Ladd, G. T., & Petry, N. M. (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10(3), 302–309. 10.1037//1064-1297.10.3.302.

- Miller L, Mide M, Arvidson E, Söderpalm Gordh A. Clinical differences between men and women in a Swedish treatment-seeking population with gambling disorder. *Front Psychiatry*. 2023 Jan 4;13:1054236. doi: 10.3389/fpsy.2022.1054236. PMID: 36684005; PMCID: PMC9847389.

- Odlaug, B. L., Marsh, P. J., Kim, S. W., & Grant, J. E. (2011). Strategic vs nonstrategic gambling: Characteristics of pathological gamblers based on gambling preference. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(2), 105–112.

- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D.,

Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1500–1505. 10.1176/appi.ajp.158.9.1500.

- Ronzitti S, Lutri V, Smith N, Clerici M, Bowden-Jones H. Gender Differences in Treatment-Seeking British Pathological Gamblers. *J Behav Addict*. 2016 Jun;5(2):231–8. doi: 10.1556/2006.5.2016.032. Epub 2016 Jun 27. PMID: 27348561; PMCID: PMC5387774.

- Scandroglio F, Ferrazzi G, Giacobazzi A, Vinci V, Marchi M, Galeazzi GM, Musetti A, Pingani L. Prevalence and Possible Predictors of Gambling Disorder in a Sample of Students in the Healthcare Professions. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 27;20(1):452. doi: 10.3390/ijerph20010452. PMID: 36612781; PMCID: PMC9819379.

- Schinke S, Schwinn T. Gender-specific computer-based intervention for preventing drug abuse among girls. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2005;31(4):609–16. doi: 10.1081/ada-200068415. PMID: 16320437; PMCID: PMC2792994.

Area tematica 13

COMORBILITÀ
INFETTIVOLOGICA

13.1

IL MODELLO
“TEST AND TREAT”
PER L’EPATITE DA HCV
NEI SERD

Insalata M.*

Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Bari ~ Bari ~ Italy

SCREENING PRECOCE E TERAPIA RAPIDA PER I
TOSSICODIPENDENTI

Nel nostro Paese vi sono circa 280.000 pazienti con infezione da HCV ancora da diagnosticare.

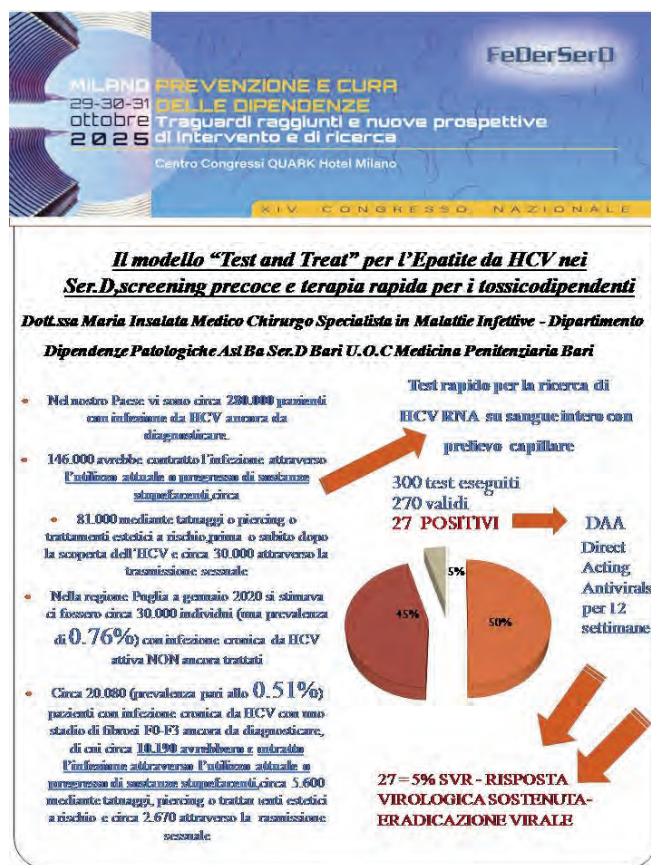
146.000 avrebbero contratto l’infezione attraverso l’uso attuale o pregresso di sostanze stupefacenti, circa 81.000 mediante tatuaggi o piercing o trattamenti estetici a rischio, prima o subito dopo la scoperta dell’HCV, e circa 30.000 attraverso la trasmissione sessuale.

Nella regione Puglia a gennaio 2020 si stimava ci fossero circa 30.000 individui (una prevalenza di 0.76%) con infezione cronica da HCV attiva NON ancora trattati.

Circa 20.080 (prevalenza pari allo 0.51%) pazienti con infezione cronica da HCV con uno stadio di fibrosi F0-F3 ancora da diagnosticare, di cui circa 10.190 avrebbero contratto l’infezione attraverso l’uso attuale o pregresso di sostanze stupefacenti, circa 5.600 mediante tatuaggi, piercing o trattamenti estetici a rischio e circa 2.670 attraverso la trasmissione sessuale.

Test rapido per la ricerca di HCV RNA su sangue intero con prelievo capillare DAA Direct Acting Antivirals per 12 settimane

27 = 5% SVR - RISPOSTA VIROLOGICA SOSTENUTA- ERADICAZIONE VIRALE



Area tematica 14

COMORBILITÀ PSICHIATRICA

14.1

UN'ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE TRA SERD E CPS PER PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI

Ravera A.*, Stecchi L.M., Abatino V., Salvadori D., Lao M., Paszkiewicz G.

Asst Santi Paolo e Carlo- SerD territoriale - Milano - Italy

L'istituzione di un tavolo di miglioramento congiunto tra SERD e CPS, con l'obiettivo di facilitare il confronto diretto tra operatori, promuovere una maggiore conoscenza reciproca dei modelli organizzativi e costruire pratiche condivise di presa in carico del paziente doppia diagnosi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1994 ha fornito una definizione di "doppia diagnosi", indicando come suo sinonimo il termine "comorbidità". Per entrambe le diciture è stata elaborata questa definizione: "la coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto dal consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico" (OMS, 1994). Questa definizione può determinare ambiguità con il termine "doppia" come se fossero due elementi patologici distinti tra loro, in contrasto con una visione unitaria dell'individuo.

Nella pratica clinica, emerge in maniera sempre più evidente la correlazione tra Disturbo da Uso di sostanze (DUS) e disturbi psichiatrici, correlazione complessa e tutt'altro che lineare. Infatti, le combinazioni nella comorbidità sono pressoché infinite, sia per le associazioni dei disturbi che per il rapporto tra essi. In termini teorici semplificativi, nonostante non sia sempre facile comprendere il rapporto temporale e causale tra le patologie, si possono riconoscere tre condizioni:

1. L'insorgenza di un disturbo mentale in soggetto affetto da DUS spesso determinato dalle sostanze può essere acuta e può risolversi in tempo determinato o

permanere.

2. L'insorgenza di DUS in soggetto affetto da patologia psichiatrica, spesso in termini autocurativi, può evolvere in vera e propria dipendenza.

3. Presenza delle due condizioni patologiche contemporanea e indipendente, quadro spesso legato a fattori neurobiologici, esperienze traumatiche precoci, vulnerabilità genetica.

Per tutto questo, ridurre il fenomeno a una mera somma di diagnosi sarebbe fuorviante, al contrario, è essenziale inquadrarlo come espressione di dinamiche complesse, che si manifestano con quadri sintomatologici sovrapponibili e intrecciati. Il tema della complessità è dunque al centro delle questioni relative alla compresenza di questi disturbi, e riguarda molteplici aspetti, a partire da quelli eziologici. Del resto, il DUS è definito come una patologia multifattoriale: la sua insorgenza è dovuta a "fattori di rischio neurobiologici, individuali e socio-ambientali" (PNP, 2020- 2025). Perciò non risulta difficile immaginare come un più articolato quadro psicopatologico, che vede oltre alle dipendenze patologiche anche la presenza di sintomi di tipo psichiatrico possa portare ad un'amplificazione di tale complessità perché altamente correlati e co-influenti tra loro. In letteratura, sono numerose le evidenze che affermano quanto la presenza di comorbidità possa "peggiore la prognosi, compromettere l'efficacia dei trattamenti standard, influenzare la ricaduta e rallentare il percorso riabilitativo di pazienti abusatori di sostanze" (Fiocchi et al., 2008). "I pazienti con doppia diagnosi, rispetto ai soggetti con solo disturbi psichiatrici, presentano tassi di ospedalizzazione maggiori, sono più spesso senza fissa dimora, hanno più spesso comportamenti violenti, auto- o etero- aggressivi, sono a maggiore rischio suicidario, commettono più spesso reati, e presentano scarsa compliance a trattamenti farmacologici o non farmacologici, con conseguenti maggiori costi psicologici e sociali per sé stessi, per le loro famiglie e per la società." (Fiocchi et al., 2008).

Nel Rapporto Tossicodipendenze 2022 viene riportato che il 58,4% (Di Cesare et al., 2022) delle persone con almeno una patologia psichiatrica in carico ai SerD, presenta disturbi della personalità e del comportamento. L'Agenzia dell'Unione Europea per le Droghe (EUDA) nel 2015 ha riportato che la prevalenza di comorbidità psichiatrica a livello europeo si aggira intorno al 50% (Torrens et al., 2015). Inoltre, in altri articoli si è registrata una prevalenza lifetime di disturbi da Uso di Sostanze tra individui con un disturbo psichiatrico pari al 29% (Regier et al., 1990).

Pur disponendo di alcuni dati, le conoscenze restano parziali e poco standardizzate. Persistono criticità

metodologiche (campioni, contesti, strumenti, criteri diagnostici eterogenei), flussi informativi frammentati e l'esclusione dalle rilevazioni ufficiali di ampie fasce di utenza, in particolare quelle in carico a servizi privati e privati accreditati. Per colmare tali lacune occorre potenziare la ricerca e sistematizzare la raccolta di dati mediante sistemi di raccolta condivisi, completi e costantemente aggiornate. Solo così sarà possibile restituire un quadro epidemiologico realistico e, di conseguenza, orientare politiche e sviluppare interventi terapeutici realmente efficaci.

A livello internazionale, il trattamento integrato di disturbi psichiatrici concomitanti e DUS presenta ancora oggi una significativa eterogeneità nei modelli organizzativi e terapeutici. Tuttavia, a fronte di tali differenze, emerge una convergenza internazionale sulla necessità di implementare modelli integrati di cura, considerati lo standard ideale per rispondere efficacemente alla complessità clinica della popolazione con comorbidità. Le principali agenzie internazionali (quali: European Union Drug Agency - EUDA, United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC, World Health Organization - WHO, Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA), infatti, sottolineano come i modelli di trattamento paralleli, ancora diffusi, risultino inadeguati nel trattare i disturbi psichiatrici e da uso di sostanze come fenomeni reciprocamente interattivi e ciclici, richiedendo quindi approcci integrati per migliorare la prognosi. Questa visione ha spinto molti paesi a sviluppare linee guida nazionali, spesso in collaborazione con organismi internazionali, per definire standard comuni nella programmazione e gestione dei servizi sociosanitari. Nonostante il consenso crescente sull'efficacia dell'integrazione terapeutica, permane una carenza di studi che ne dimostrino l'effettiva applicabilità, sostenibilità economica ed efficacia in diversi contesti socio-economici (UNODC, 2022). Parallelamente, agenzie quali il Centro statunitense per i Servizi di Salute Mentale denunciano come la separazione tra sistemi di cura per disturbi psichiatrici e da uso di sostanze conduca a trattamenti frammentati e meno efficaci (SAMHSA, 2009).

In Italia si registra una carenza significativa di linee guida e standard uniformi, complici la frammentazione legislativa e amministrativa derivante dalla riforma del Titolo V della Costituzione, che ha accentuato la variabilità regionale nelle politiche sanitarie (VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze, 2021).

La definizione di linee guida nazionali rappresenta pertanto un passaggio imprescindibile per garantire omogeneità e qualità degli interventi su tutto il territorio. Infatti, "dovrebbero essere sviluppati e stabiliti stan-

dard di qualità per i servizi di trattamento delle tossi-dipendenze, con meccanismi appropriati per assicurare la conformità, la garanzia di qualità o l'accreditamento" (WHO, 2020). Interessante notare che in Italia solo la metà delle Regioni ha adottato un modello integrato tra Dipartimenti di Salute Mentale e Servizi per le Dipendenze (Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale, 2024). In Lombardia, un passo in avanti è stato compiuto con la Legge Regionale n. 15 del 2016, che ha istituito il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze nelle ASST, includendo anche la Neuropsichiatria infantile, la Psicologia e la Disabilità psichica. Tuttavia, la sola coesistenza sotto un'unica struttura non garantisce integrazione reale: serve una collaborazione sistemica, stabile e fondata sull'analisi condivisa dei bisogni degli utenti.

Sembra quindi sempre più necessario individuare e rispondere ai bisogni specifici di ogni paziente portatore di illimitate combinazioni tra le comorbidità. Sarebbe opportuno costruire percorsi terapeutici individualizzati evitando una pericolosa scissione tra i due sistemi di cura.

Nel tentativo di promuovere una maggiore integrazione tra i servizi per la salute mentale e quelli per le dipendenze patologiche, l'ASST Santi Paolo e Carlo ha avviato nel corso del 2025 un'iniziativa di collaborazione strutturata tra alcuni servizi afferenti allo stesso territorio: il Centro psico-sociale (CPS) di via Mosca e il CPS di via Soderini da un lato, e i SerD di via Albenga e di via Forze Armate dall'altro.

L'iniziativa ha preso forma attraverso l'istituzione di un tavolo di miglioramento congiunto, con l'obiettivo di facilitare il confronto diretto tra operatori, promuovere una maggiore conoscenza reciproca dei modelli organizzativi e costruire pratiche condivise di presa in carico del paziente.

Il percorso si è articolato in tre incontri formativi e operativi, strutturati secondo un approccio progressivo. Nel primo incontro è stato presentato il SerD, illustrandone le funzioni, le modalità di accesso e i criteri di presa in carico. Ogni figura professionale (medico, psicologo, assistente sociale, educatore professionale, infermiere) è intervenuta esponendo come la propria professionalità si declinasse nella cura del paziente affetto da DUS, sottolineando, oltre all'approccio multidisciplinare, l'imprescindibile integrazione tra i vari operatori. Il secondo incontro ha approfondito il funzionamento e l'organizzazione del CPS, offrendo una panoramica dei servizi e delle modalità operative, facendo emergere le differenze e peculiarità del servizio. Il terzo e ultimo incontro si è concentrato sulla discussione di casi clinici condivisi, con l'obiettivo di analizzare esperienze di collaborazione efficaci e,

parallelamente, individuare le criticità emerse nei percorsi meno riusciti, al fine di trarne indicazioni utili per il miglioramento congiunto.

La partecipazione al tavolo è stata estremamente significativa: complessivamente hanno preso parte circa 45 operatori, tra educatori professionali, infermieri, assistenti sociali, psicologi e medici del Dipartimento Salute mentale e Dipendenze. Da questi incontri, è emerso il bisogno reciproco e la disponibilità di confronto e dialogo sull'andamento dei percorsi dei casi condivisi, mantenendo ognuno la propria specificità e la definizione degli obiettivi.

Questa esperienza, si configura come buona pratica (WHO, 2008) in quanto ha favorito un'effettiva costruzione di linguaggi comuni e valorizzato le competenze multiprofessionali dei due ambiti, con una maggiore continuità e qualità della presa in carico per i pazienti con doppia diagnosi. Tutto ciò è coerente con il modello di collaborative care e con gli approcci basati sull'intersectorialità e la continuità assistenziale (Barr et al., 2005), come dimostra, ad esempio, la rapida presa in carico dopo la dimissione dal SPDC.

Ad oggi, i risultati emersi da questo tavolo di miglioramento si configurano principalmente come considerazioni qualitative, frutto dell'osservazione diretta e dell'esperienza concreta maturata durante e dopo gli incontri. Tra gli esiti più significativi si rileva un progressivo avvicinamento tra i servizi coinvolti incrementare la conoscenza reciproca circa il funzionamento dei servizi: sono aumentate le occasioni di confronto, con un maggior numero di inviti alla partecipazione alle équipe multidisciplinari, una più frequente condivisione di casi clinici, l'attivazione di colloqui congiunti e una gestione più fluida degli invii tra i servizi. Questi primi segnali di apertura e collaborazione testimoniano l'efficacia del percorso avviato, pur in assenza, al momento, di una sistematizzazione strutturata degli esiti.

Richiamando l'importanza della costruzione di una significativa relazione terapeutica con il paziente, elemento imprescindibile di qualsiasi cura ci si ripropone di proseguire il percorso di integrazione avviato, affiancando prassi operative e nuovi percorsi formativi. Affrontare i casi doppia diagnosi significa misurarsi con situazioni che si collocano sulla linea di confine istituzionale. Sembrerebbe necessario valutare attentamente la storia del paziente, i pattern di uso di sostanze e i sintomi psichiatrici per distinguere tra cause primarie e secondarie e pianificare un trattamento integrato, personalizzato e rimodulato nel tempo.

Il superamento delle barriere organizzative tra i servizi per la salute mentale e le dipendenze rappresenta non solo un'esigenza clinica, ma un imperativo etico e pro-

fessionale. Solo attraverso percorsi integrati e coerenti è possibile garantire interventi efficaci e realmente centrati sulla complessità del soggetto con doppia diagnosi. Si auspica che esperienze di buona pratica come quella descritta possano essere ulteriormente sviluppate, sistematizzate e accompagnate da studi scientifici che ne valutino l'efficacia e la trasferibilità in altri contesti.

Bibliografia e Sitografia

- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence*. Blackwell Publishing.
- Di Cesare, M., Magliocchetti, N., Romanelli, M., & Santori, E. (a cura di). (2022). *Rapporto Tossicodipendenze 2022*. Ministero della Salute, in collaborazione con Regioni e Province Autonome, p. 113.
- Fiocchi, A., Madeddu, F., Rigliano, P., Pianezzola, P., & Ripamonti, A. (2008). *Il trattamento residenziale delle dipendenze in comorbilità: dalla teoria alla pratica*. Milano: FrancoAngeli, pp. 19, 27.
- Giampieri, E., Alamia, A., Galimberti, G. L., Tinghino, B., Resentini, M., & Clerici, M. (2013). "Doppia diagnosi" e consumo di risorse sanitarie nel DSM. L'esperienza di Monza e Brianza. *Journal of Psychopathology*, 19, 199-207.
- Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione. *Gazzetta Ufficiale* n. 248 del 24-10-2001.
- Legge Regionale 29 giugno 2016, n. 15. Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità). *BURL* n. 27, Suppl. del 04-07-2016.
- *Lexicon of alcohol and drug terms*. (1994). Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità, p. 36.
- Ministero della Salute. "Macro-obiettivo" del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025: Dipendenze e problemi correlati. Documento Word - All. 2 PNP 2020-2025, consultato il 19/06/2025.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga. *Instant Book: VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze*. Oltre le fragilità. Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze. Tavolo Tecnico 3, p. 182.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment

Area (ECA) Study. Journal of the American Medical Association (JAMA), 264(19), 2511-2518.

- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009). Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders: The Evidence. DHHS Pub. No. SMA-08-4366. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, p. 4.

- Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., & Domingo-Salvany, A. (2015). Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Luxembourg: Publications Office of the European Union, p. 69.

- UNODC – United Nations Office on Drug and Crime. Comorbidities in Drug Use Disorders. No wrong door. Discussion paper – Pre-publication draft, p. 24.

- Ufficio di Segreteria, Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale. I Dipartimenti di Salute Mentale riuniti in un unico organismo nazionale. Quotidiano Sanità, consultato il 19/06/2025.

- World Health Organization. (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1. Geneva: WHO.

-https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_Docs_Ppt_Apr2014/10_session_child_health_services/Apr2014_session10_integrated_health_services.pdf

- World Health Organization (WHO), & United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (s.d.). International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing, p. 14.

14.2

ADHD E DIPENDENZE. RISULTATI PRELIMINARI DELLO SCREENING CON ADULT ADHD SELF-REPORT SCALE (ASRS) NEL SERT DI LIMBIATE (ASST BRIANZA) E PROPOSTA DI MODELLO OPERATIVO INTEGRATO

**Vanzin L.*[1], Leto D.[2], Pirola G.[2],
Cavagna D.[2], Molteni D.[2], Bandecchi S.[2],
Tangorra M.[2], Polletta M.[2], Villone P.[2],
Cianflocca P.[2], Aiello L.[2], Bramani Araldi M.[2],
Galimberti G.M.[2]**

[1]SSD Psicologia Clinica, SC Dipendenze, Ambulatorio
ADHD Adulto, Dipartimento Salute Mentale e
Dipendenze-ASST Brianza ~ Limbiate ~ Italy, [2]SC
Dipendenze, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze-
ASST Brianza ~ Limbiate ~ Italy

Screening preliminare dell'ADHD (Attention Deficit
Hyperactivity Disorder) in 50 pazienti consecutivi affe-
renti al Sert di Limbiate, SC Dipendenze, Dipartimento
Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Bri

Introduzione

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione con Iperattività (ADHD) in età adulta ha una prevalenza stimata del 2,6–6,8% nella popolazione generale e fino al 40,9% nei pazienti con disturbi da uso di sostanze (SUD). Nei Sert italiani lo screening non è ancora prassi, nonostante numerose evidenze dimostrino che la comorbidità ADHD-SUD aggrava la prognosi. La comorbidità ADHD-SUD identifica infatti un sottogruppo di pazienti caratterizzati da elevata gravità clinica, con tassi aumentati di depressione, ideazione suicidaria e comportamenti antisociali (Migliarese, 2020). Per quanto riguarda la popolazione con ADHD, la letteratura internazionale indica che le donne presentano quadri clinici più severi e maggiore compromissione funzionale rispetto agli uomini (Young et al., 2020; Katzman et al., 2017). Diversi studi hanno sottolineato come l'esito del trattamento migliori significativamente affrontando entrambi i disturbi in maniera integrata (Migliarese 2019, Lugoboni et al., 2017) ma, ad oggi,

non esistono in Italia protocolli consolidati per lo screening sistematico dell'ADHD nei SerD, né dati che distinguano per genere la gravità clinica.

Metodi

Sono stati valutati consecutivamente 50 utenti (41 maschi e 9 femmine) in carico per disturbo da uso di sostanze o gioco d'azzardo. Nella tabella 1 viene riportata la numerosità relativa ai diversi comportamenti di dipendenza. Per ciascun partecipante sono stati raccolti dati socio-demografici, sostanza primaria e presenza di abuso attivo. Agli utenti è stata proposta la compilazione dell'Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1), uno strumento sviluppato dal World Health Organization (WHO, Kessler et al., 2005) per lo screening dell'ADHD in età adulta sulla base dei criteri del DSM-IV. L'ASRS ha mostrato una buona consistenza interna (Kessler et al., 2005), elevati valori di affidabilità test-retest e stabilità temporale accettabile (Adler et al., 2006). La validità di criterio dimostra un'accuratezza diagnostica >80% (Kessler et al., 2005). Nel presente lavoro sono stati considerati i punteggi per le sezioni A e B e il Punteggio Totale, classificati in fasce di rischio ("basso", "da lieve a moderato", "alto", "molto alto"). Come indicato in letteratura, il cut off di 14 alla sezione A è stato considerato suggestivo della presenza di ADHD nell'adulto.

Risultati

Il presente campione è composto da 50 soggetti (41 maschi, 9 femmine), con un'età media di 38,5 anni (DS = 12,1; range 18–61). La distribuzione dello stato civile mostra una prevalenza di coniugati/conviventi (62%), seguiti da separati/divorziati (20%) e da celibi/nubili (14%). Dal punto di vista occupazionale, circa il 58% dei partecipanti è disoccupato o impiegato in lavori non qualificati, mentre solo il 20% svolge professioni qualificate; il restante gruppo include studenti e soggetti con occupazioni non classificabili. Questo profilo riflette un livello socio-economico prevalentemente medio-basso, in linea con quanto riportato in letteratura sui pazienti afferenti ai Servizi per le Dipendenze.

Nella sezione A dell'ASRS, considerando clinico un punteggio pari o superiore a 14, il 28% del campione è risultato positivo, con una prevalenza di punteggi clinici quasi doppia nelle femmine rispetto ai maschi (44,4% vs 24,4%). Nella Parte B, il 12,2% dei soggetti si colloca nella fascia "molto alta", il 12,2% nella fascia "alta" e il 20,4% in fascia "moderata". Per quanto riguarda il punteggio totale, l'8,2% ricade nella fascia "molto alta" e il 18,4% in fascia "alta". In termini di distribuzione per genere, le donne si concen-

trano maggiormente nelle fasce di gravità elevata (50%), mentre gli uomini tendono a distribuirsi soprattutto nella fascia “bassa” e “moderata”. Questo quadro riflette la letteratura che descrive un decorso più severo e complesso dell’ADHD femminile adulto. Allo scopo di esplorare le caratteristiche del campione risultato significativo allo screening per l’ADHD ed evidenziare eventuali differenze rispetto al campione il cui punteggio non è suscettibile ad una diagnosi, è stata condotta una regressione logistica binaria con variabile indipendente “clinico vs non clinico” e come outcome il livello di istruzione, la condizione occupazionale e la sostanza primaria di utilizzo (tabella 2). I risultati hanno mostrato che i soggetti sopra soglia presentano una probabilità significativamente più elevata di avere un basso livello di istruzione ($OR = 53.77$, $IC95\% = 16.73-172.78$, $p < .001$). Inoltre, l’aver ottenuto un punteggio sopra soglia si associa a una probabilità significativamente maggiore di riferire la cocaina come sostanza primaria ($OR = 104.85$, $IC95\% = 32.88-334.32$, $p < .001$). Al contrario, non è emersa un’associazione statisticamente significativa con la condizione lavorativa ($OR = 0.33$, $IC95\% = 0.06-1.90$, $p = 0.216$).

Conclusioni

Lo screening ADHD con ASRS è risultato facilmente applicabile da parte di tutte le figure dell’équipe in un contesto Sert e ha consentito di identificare una quota significativa di utenti con sintomatologia compatibile con ADHD. I dati preliminari evidenziano un’elevata prevalenza clinica di soggetti con screening positivo all’ADHD. Nel complesso, questi dati suggeriscono che il superamento della soglia clinica all’ASRS identifica soggetti caratterizzati da maggiore vulnerabilità educativa e da un pattern di consumo più grave, in particolare legato alla cocaina. La cocaina è altresì risultata la sostanza primaria più frequente nei soggetti nelle fasce di punteggio elevato. Questo dato è coerente con la letteratura, che indica come i soggetti con ADHD abbiano un rischio aumentato di sviluppare dipendenza da cocaina, utilizzata in alcuni casi come forma di automedicazione per i sintomi di disattenzione e impulsività (Wilens et al., 2011; Van Emmerik-Van Oortmerssen et al., 2012).

La prevalenza rilevata è superiore alla media riportata in meta-analisi su pazienti con disturbi da uso di sostanze (range 10–40,9%, media 21%) e nettamente più alta rispetto alla popolazione generale (2,6–6,8%) (Van Emmerik-Van Oortmerssen et al., 2012). Inoltre, la tendenza delle donne a collocarsi in fasce di gravità più elevate riflette quanto documentato in letteratura circa il decorso più severo e complesso dell’ADHD fem-

minile adulto (Young et al., 2020)

Dal punto di vista clinico, lo screening con ASRS è risultato fattibile, rapido e a basso costo. La prevalenza clinica rilevata, la maggiore gravità osservata nelle donne e l’associazione con l’uso di cocaina confermano quanto osservato negli studi internazionali e rafforzano l’importanza di un protocollo strutturato per lo screening e la presa in carico integrata ADHD-SUD, condizione che la letteratura dimostra essere cruciale per migliorare gli esiti terapeutici. L’introduzione di uno strumento semplice, rapido e gratuito come l’ASRS può inoltre ridurre i tempi di accesso a diagnosi specialistiche, favorire l’individuazione precoce della comorbidità psichiatrica, migliorare la continuità terapeutica ed evitare drop-out nei percorsi di cura.

Sul piano organizzativo, i dati raccolti sottolineano l’urgenza di implementare protocolli strutturati nei Sert italiani, attraverso un modello che preveda la formazione degli operatori, la somministrazione routinaria del questionario e l’invio a centri specialistici nei casi positivi.

Dal punto di vista della ricerca, l’estensione dello studio in chiave multicentrica consentirebbe di raccogliere dati epidemiologici di maggiore ampiezza e di valutare in prospettiva gli esiti terapeutici di pazienti ADHD-SUD trattati con approccio integrato. Particolare attenzione dovrebbe essere riservata alle differenze di genere, considerando la maggiore gravità clinica osservata nelle donne, che richiede percorsi terapeutici dedicati e sensibili alle specificità di genere.

Infine, a livello di politiche sanitarie, i risultati di questo studio rafforzano la necessità di linee guida nazionali per lo screening sistematico dell’ADHD nei Sert, con l’obiettivo di uniformare le pratiche cliniche, migliorare gli esiti di trattamento e ridurre i costi a lungo termine per il sistema sanitario.

Bibliografia

- Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J., & Secnik, K. (2006). Validity of pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(3), 145–148. <https://doi.org/10.1080/10401230600801077>
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(1), 302.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K.,

Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245–256.

- Lugoboni, F., Migliozi, S., Schifano, F., Pajusco, B., Albiero, A., & Quaglio, G. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorder: Screening and clinical implications in an Italian sample of patients in treatment. *Journal of Attention Disorders*, 21(13), 1106–1113.

- Migliarese, G., Chiaia, E., Chieffo, D., & Gritti, P. (2019). ADHD e disturbi da uso di sostanze: Comorbilità, diagnosi e trattamento. *Mission – Medicina delle Dipendenze*, 1(2), 65–74. FrancoAngeli.

- Somma, A., Borroni, S., Fossati, A. (2019). Construct validity and diagnostic accuracy of the Italian version of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1). *Journal of Attention Disorders*, 23(4), 368–377. <https://doi.org/10.1177/1087054717690817>

- Van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., Koeter, M. W. J., Allsop, S., Auriacombe, M., Barta, C., Bu, E. T., Burren, Y., Carpentier, P. J., Carruthers, S., Casas, M., Demetrovics, Z., Dom, G., Faraone, S. V., Fatseas, M., Franck, J., Johnson, B., Kapitány-Fövény, M., Kaye, S., ... Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1–2), 11–19.

- Wilens, T. E., Morrison, N. R., & Prince, J. B. (2011). An update on the pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(10), 1443–1465.

- Young, S., Sedgwick, O., Fridman, M., Gudjonsson, G., Hodgkins, P., Lantigua, M., & Gonzalez, R. A. (2020). Co-morbid psychiatric disorders in a large cohort of adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *European Psychiatry*, 63(1), e30.

Tabella 1. *Campione diviso in base al tipo di dipendenza*

Cocaina	29	58%
Eroina	13	26%
Cannabis	3	6%
Ketamina	2	4%
GAP	2	4%
Alcol	1	2%
Tot.	50	100%

Tabella 2. *Regressione logistica binaria*

Outcome	OR	IC95% (LL-UL)	p
Scolarità bassa	53.77	16.73 – 172.78	<.001
Occupazione bassa	0.33	0.06 – 1.90	.216
Uso di cocaina	104.85	32.88 – 334.32	<.001

Nota. OR = Odds Ratio; LL = limite inferiore; UL = limite superiore.

14.3

IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO E L'ADHD, IN ETÀ ADULTA, NON DIAGNOSTICATO. UNA NUOVA FRONTIERA DI STUDIO NELLA COMORBIDITÀ E STRUMENTI DI ANALISI

Negrone D. *, Tanca R.M.T.

Asl Sassari - SerD - Unità Operativa per i Disturbi da Gioco d'azzardo e Dipendenze Comportamentali Struttura Complessa Servizio Dipendenze Patologiche ~ Sassari ~ Italy

Riflessioni approfondite sulla comorbilità tra il Disturbo da Gioco d'Azzardo e il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività.

Introduzione

Il presente lavoro nasce da studio e riflessioni approfondite nel nostro Servizio per i Disturbi di gioco d'azzardo e Dipendenze comportamentali del SerD Asl Sassari, in seguito all'osservazione di un incremento della comorbilità tra il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), non diagnosticato in età infantile, e la manifestazione del Gioco d'azzardo patologico e altre dipendenze comportamentali in pazienti adulti.

Il Gioco d'azzardo patologico (DGA) ed il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) sono due disturbi che possono sembrare lontani ma in realtà entrano spesso in relazione tra loro. Come vedremo, esiste una relazione complessa e significativa tra i due, ed è probabile che una persona che presenta la dipendenza comportamentale da Gioco d'azzardo abbia un ADHD non riconosciuto.

È su questo importante aspetto che focalizzeremo l'approfondimento del presente articolo.

Discussione

Dall'osservazione e dall'analisi dei casi presi in carico dal nostro servizio, sono emersi due aspetti di rilievo:

- una forte comorbilità tra il Disturbo da Gioco d'azzardo ed il Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività;

- i pazienti adulti, che si presentano per un Disturbo da Gioco d'Azzardo, manifestano molti dei sintomi dell'ADHD non avendo avuto una diagnosi in età infantile.

I due disturbi, entrambi presenti nel DSM-5, il primo nella categoria dei Disturbi non correlati all'uso di sostanze ed il secondo nella categoria del neurosviluppo, presentano una correlazione, nello specifico, rispetto al sintomo dell'impulsività e della disregolazione emotiva. Vediamo nel dettaglio i sintomi specifici per ogni singolo disturbo, per poi focalizzarci sulla comorbilità evidenziata.

L'ADHD è un disturbo del neurosviluppo (Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali, Quinta Ed). I sintomi compaiono fin dalla prima infanzia, anche se diventano più evidenti nell'età prescolare. Nonostante possano variare da persona a persona, i sintomi più comuni del Disturbo da Deficit di Attenzione e di Iperattività sono racchiusi in tre categorie: disattenzione, iperattività ed impulsività e una loro possibile combinazione. Nel DSM-5 tra i sintomi di disattenzione e/o iperattività vengono descritte la difficoltà a mantenere l'attenzione, a portare a termine i compiti e facile distraibilità. Mentre i sintomi che riguardano l'iperattività e l'impulsività, che interferiscono nelle attività sociali, scolastiche o lavorative, sono identificati nella difficoltà a rimanere seduti, spesso sotto pressione, parlano troppo e difficoltà ad aspettare il proprio turno.

Tali sintomi possono essere evidenti in età prescolare e perdurare nel tempo, si parla di un disturbo life long, quando l'ADHD persiste fino all'età adulta; o, al contrario, possono scomparire o non evidenziarsi in maniera significativa, fino alla manifestazione in età adulta con comportamenti significativi, come vedremo di seguito (Barkley, 2002).

È importante sottolineare come l'ADHD colpisce tra il 3% ed il 4,5% della popolazione adulta con una varietà di problemi psico-sociali (Young, Toone e Tyson 2003). I sintomi degli adulti con ADHD non sono sempre i medesimi di quelli presenti nei bambini, in quanto risultano meno marcati e spesso legati alla disattenzione. Nello specifico, gli adulti con ADHD hanno una disattenzione cronica (distraibilità, scarsa capacità di mantenere a lungo l'attenzione e nel portare a termine i compiti affidati, propensione ad evitare impegni che richiedono troppo sforzo, difficoltà nella pianificazione delle priorità), impulsività verbale e comportamentale (agitazione, difficoltà a stare seduto, mettere in atto comportamenti a rischio senza pensare alle conseguenze, non rispettare i propri turni in una conversazione), scarsa capacità sociale e di mentalizzazione, forte sen-

sazione di noia, difficoltà a sentirsi soddisfatti e a trovare la propria realizzazione personale, e, sintomo fondamentale da non sottovalutare, una disregolazione emotiva che è caratterizzata da una bassa autostima. A tutto ciò si uniscono difficoltà ad accettare giudizi negativi o fallimenti, tendenza all'isolamento sociale, scarsa motivazione, preferenza per le amicizie esclusive piuttosto che gruppali, difficoltà nella gestione delle proprie emozioni e delle situazioni spiacevoli.

Un individuo con un ADHD non diagnosticato sviluppa varie forme di disagio, tra cui: scarso rendimento scolastico, frequenti interruzioni delle relazioni sentimentali, difficoltà lavorative, maggiore rischio di andare incontro ad incidenti stradali o ad eventi traumatici, eccesso di condotte suicide e manifestazione di comportamenti a rischio, tra i quali il gioco d'azzardo patologico (Migliarese et al., 2023).

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo è inserito nella categoria "Disturbi non correlati all'uso di sostanze", all'interno della più ampia categoria delle Dipendenze (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5)) come una dipendenza comportamentale. È una condizione psicopatologica caratterizzata da un comportamento persistente e ricorrente di gioco, che porta a conseguenze negative significative nella vita dell'individuo. Per il DSM-5 il Disturbo da Gioco d'Azzardo può essere diagnosticato solo se perdura da almeno 12 mesi (DSM-5).

Il gioco d'azzardo patologico si manifesta come un comportamento volontario caratterizzato da alterazioni dei sistemi neurologici della gratificazione, del controllo degli impulsi e delle funzioni cognitive correlate; si innescano, inoltre, quelle che vengono definite distorsioni cognitive in relazione alle reali possibilità di vincita (Serpelloni, 2013).

Tra i sintomi, che si possono annoverare maggiormente, si riscontra il bisogno di utilizzare quantità di denaro sempre più elevate per ottenere l'eccitazione desiderata, un senso di irrequietezza e di irritabilità se si prova a smettere di giocare, pensieri persistenti, quasi ossessivi, rispetto al gioco o ad esperienze di gioco passate, perdite di relazioni significative con ricadute sulla famiglia e sugli affetti, problemi di lavoro o di opportunità di studio o di crescita personale, perdita di controllo della propria situazione finanziaria, tendenza al mentire e alla manipolazione. Il giocatore d'azzardo tende a mettere in atto una serie di comportamenti compulsivi per controllare il suo senso di irrequietezza ed impulsività, con tentativi ripetuti per smettere di giocare, e, dall'altra, si rivolge al gioco come una cura per lenire o alleviare una situazione interna di disagio. Partendo da questi due ultimi aspetti nasce l'idea di una comorbidità esistente tra il DGA e l'ADHD; vediamo-

lo nello specifico.

Diverse ricerche hanno evidenziato che, con l'aumentare dell'età, la correlazione tra ADHD e DGA si rafforza presentando una sovrapposizione di alcuni sintomi che caratterizzano entrambi i disturbi quali l'impulsività, disturbi d'umore, disregolazione emotiva, intolleranza alle frustrazioni e irrequietezza (Theule, et al., 2019). Tra i fattori che caratterizzano una correlazione troviamo, come causa principale, la disfunzione del sistema dopaminergico che è coinvolto nei circuiti di ricompensa. L'ADHD, determinando una disregolazione del suddetto sistema, incentiva la ricerca di stimoli esterni per compensare la carenza di dopamina e quindi determina la messa in atto di comportamenti a rischio, come il gioco d'azzardo (Chamberlain et al., 2015). Diverse ricerche sottolineano come, il gioco d'azzardo si attiva, da una parte, per alleviare uno stato psicologico di under-arousal (sotto-eccitazione) tipico degli ADHD spinti da una forte impulsività, e, dall'altra, a causa di una disregolazione emotiva, caratterizzata dall'incapacità di gestire la frustrazione, la noia, lo stress e l'ansia presenti nell'ADHD, dove il DGA funziona da attivazione per diverse strategie disadattive finalizzate a sopprimere e controllare le proprie emozioni, soprattutto se negative, per poterle provare a gestire e per controllare lo stress; è come se le persone con un ADHD non diagnosticato trovassero nel gioco d'azzardo la loro cura (Mestre-Bach et al., 2019), quasi a suggerire la necessità di una diagnosi di ADHD precoce.

Conclusioni

In linea con quanto evidenziato, nel nostro servizio per i casi clinici, nei quali abbiamo ipotizzato una comorbidità tra i due disturbi suddetti e davanti ad una assenza di diagnosi di ADHD, si è deciso di effettuare una valutazione psicodiagnostica, con una metodica trasversale, preliminare, attraverso il Test DIVA 2.0 (Intervista Diagnostica per l'ADHD negli adulti). La DIVA è un'intervista basata sui criteri del DSM-5 e verifica la presenza o l'assenza dei 18 criteri sintomatologici dell'ADHD, sia nell'infanzia (dai 5 ai 12 anni) che nell'età adulta, per l'indagine dei sintomi nell'infanzia è necessario il coinvolgimento di una familiare stretto o di una figura che abbia conosciuto l'adulto in quella fascia d'età (Kooij et al., 2010). L'obiettivo è di garantire, oltre ad un sostegno e supporto alla persona in carico, anche una continuità e collaborazione con i servizi territoriali. Laddove la DIVA desse esito positivo, l'adulto viene inviato al servizio competente per una valutazione specialistica completa al fine di una presa in carico per un possibile trattamento. L'obiettivo terapeutico, dell'Unità Operativa dei Disturbi da Gioco d'Azzardo, è di avere una maggiore chiarezza rispetto

alla comorbidità tra l'ADHD ed il DGA, per poter inserire, i pazienti in carico, nel gruppo terapeutico per il gioco d'azzardo e poter garantire loro i benefici rispetto al trattamento del DGA e della sintomatologia ADHD riconosciuta e diagnosticata.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barkley, R. A. (2002). ADHD--Long-term course, adult outcome, and comorbid disorders. In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science-best practices (pp. 4-1-4-12). Civic Research Institute.
- Giovanni Migliarese Viviana Venturi Yacob Levin Reibman Claudio Mencacci (2023). ADHD negli adulti. Un modello per l'intervento psicoeducativo. Erickson
- Chamberlain S.R., Derbyshire, K., Leppink, E. Grant, J.E. (2015). Impact of ADHD symptoms on clinical and cognitive aspects of problem gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 57, 51-57.
- Mestre-Bach, G., Steward, T., Potenza, M. N., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Mena-Moreno, T., Magaña, P., Vintró-Alcaraz, C., Del Pino-Gutiérrez, A., Menchón, J. M., & Jiménez-Murcia, S. (2021). The Role of ADHD Symptomatology and Emotion Dysregulation in Gambling Disorder. *Journal of attention disorders*, 25(9), 1230-1239.
- J.J.S. Kooij, MD, PhD & M.H. Francken, MSc 2010, DIVA Foundation, Olanda
- Young, S., Toone, B., & Tyson, C. (2003). Comorbidity and psychosocial profile of adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Personality and Individual Differences*, 35(4), 743-755. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00267-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00267-2)
- Serpelloni, G. (2013). Gambling. Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione. Progetto GAP, CUEIM
- Theule, J., Hurl, K. E., Cheung, K., Ward, M., & Henrikson, B. (2019). Exploring the Relationships Between Problem Gambling and ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of attention disorders*, 23(12), 1427-1437.

14.4

COMORBILITÀ PSICHIATRICA

Scarabello G.*[1], Padoan I.[2]

[1]UOC SerD ULSS 5 Polesana ~ Rovigo ~ Italy, [2]ITC Scuola di psicoterapia cognitivo comportamentale ~ Padova ~ Italy

FOCUS SU PAZIENTI CON ADHD E DISTURBO DA USO DI SOSTANZE STIMOLANTI ALL'INTERNO DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

1. Introduzione

Le comorbilità psichiatriche nelle dipendenze rappresentano una sfida clinica complessa e sempre più rilevante all'interno dei servizi territoriali. La compresenza di disturbi mentali come depressione, ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività), psicosi e altri disturbi psichiatrici nei pazienti con disturbo da uso di sostanze ha importanti implicazioni diagnostiche, terapeutiche e prognostiche.

Nei soggetti con dipendenze, i disturbi psichiatrici

- pre-esistere all'uso di sostanze;
- essere indotti o esacerbati dall'uso di sostanze;
- essere il risultato di un'interazione complessa tra vulnerabilità genetiche, ambientali e neurobiologiche.

Secondo vari studi, oltre il 50% dei pazienti con disturbo da uso di sostanze presenta almeno un altro disturbo psichiatrico.

Tra i disturbi psichiatrici, che maggiormente si rilevano nell'utenza dei servizi per le dipendenze, emergono i disturbi d'ansia che spesso si associano al disturbo da uso di alcol, dove quest'ultimo viene utilizzato come automedicazione e come strategia di coping per la gestione dell'ansia sociale.

Si riscontrano inoltre diversi disturbi psicotici anche gravi, all'interno dei quali risulta cruciale distinguere tra psicosi indotta da sostanze e psicosi primaria (schizofrenia). Sostanze come la cannabis e gli stimolanti possono precipitare o peggiorare psicosi, specialmente in soggetti vulnerabili. In alcuni casi invece le sostanze sono utilizzate per la gestione dei sintomi tipici di questi disturbi.

Con un'alta frequenza si rilevano anche i disturbi di personalità, in particolare borderline e antisociale; questi sono associati a bassa adesione al trattamento,

maggiore impulsività e comportamenti autodistruttivi.

1.1. ADHD e dipendenze: una comorbilità sempre più evidente nei servizi pubblici per le dipendenze

Secondo recenti studi circa il 15-20% dei soggetti con disturbo da uso di sostanze presenta ADHD (soprattutto di tipo combinato: iperattività e disattenzione). I pazienti trattati per disturbo da uso di sostanze hanno tre volte più probabilità rispetto alla popolazione generale di avere ADHD.

L'ADHD si caratterizza principalmente per la presenza di:

- impulsività, disattenzione, iperattività, difficoltà nella regolazione emotiva;
- esordio precoce (età evolutiva) ma spesso non diagnosticato fino all'età adulta.

È noto come l'impulsività possa favorire effettivamente l'iniziazione precoce all'uso di sostanze, aumentando quindi la probabilità di incorrere in una dipendenza; i soggetti con ADHD tendono a cercare stimolazione o a gestire il disagio emotivo tramite le sostanze.

I pazienti con ADHD e dipendenza da sostanze mostrano in linea generale un esordio precoce all'uso di sostanze, un maggior rischio di polidipendenza e un decorso clinico più complesso rispetto agli altri pazienti in carico ai servizi per le dipendenze. Si evidenzia inoltre, una maggiore incidenza di tentativi di suicidio, problemi psicosociali, disabilità e deficit cognitivi che aggravano il percorso clinico di cura rispetto ai pazienti con dipendenza da sostanze senza ADHD.

Negli ultimi anni, all'interno dei servizi pubblici per le dipendenze, si registra un aumento significativo dei casi di comorbilità con il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD), anche se per lungo tempo questo dato è stato probabilmente sottostimato a causa della sovrapposizione dei sintomi dell'ADHD con quelli tipici dell'uso di sostanze stimolanti. Questo aumento riflette una crescente attenzione clinica verso una condizione che, se non riconosciuta precocemente, può evolvere in forme complesse di disagio psichico e comportamentale, spesso associate all'uso problematico di sostanze o al gioco d'azzardo patologico.

In particolare, l'ADHD in età adulta è stato a lungo sottodiagnosticato, ma studi recenti evidenziano come questa condizione possa rappresentare un fattore di vulnerabilità importante nello sviluppo e nel mantenimento delle dipendenze.

2. Trattamento

La gestione della comorbilità tra ADHD e uso di sostanze richiede molta attenzione al fine di costruire un trattamento integrato e multidisciplinare, in quanto si sono registrati tra questi pazienti un maggior numero

di tentativi di suicidio e ricadute rispetto a chi fa uso di sostanze ma non è affetto da ADHD. Pazienti non trattati mostrano instabilità emotiva, relazionale e lavorativa, peggiorando la loro qualità di vita complessiva.

Studi evidenziano che l'approccio integrato (farmaco e psicoterapia) sia efficace nel doppio disturbo. Risulta indispensabile inizialmente un'accurata raccolta della storia del paziente, per capire se l'ADHD fosse presente già prima di iniziare l'uso di sostanze, se sia stato diagnosticato in giovane età e trattato oppure no. Viene data priorità nel contenimento del disturbo più grave, spesso l'uso di sostanze (es. gravità della dipendenza, psicosi, abitudini pericolose); se l'ADHD è documentato antecedente all'uso di sostanze, si può iniziare terapia per l'ADHD in parallelo, sia dal punto di vista farmacologico che una terapia psicologica strutturata (training cognitivo-comportamentale, gestione delle abilità esecutive e gestione dell'impulsività), nonché supporto per i familiari che vivono assieme a questi pazienti di estrema complessità. Il trattamento di mantenimento e l'intervento psicosociale devono essere strettamente sincronizzati con il trattamento ADHD, garantendo un setting multiprofessionale integrato (psichiatri, psicologi, educatori).

2.1. Farmacoterapia

Rispetto al trattamento farmacologico le linee guida (approccio GRADE) raccomandano:

- Atomoxetina: può migliorare sintomi ADHD e ridurre craving in caso di alcol o cannabis (raccomandazione debole); appare efficace sulla disattenzione, meno sull'impulsività.
- Psicostimolanti a rilascio prolungato (es. metilfenidato xt, lisdexamfetamina): efficaci per ADHD, sicuri, ma non riducono significativamente l'uso di sostanze (raccomandazione debole).

Studi recenti hanno evidenziato che gli stimolanti a dosi elevate possono ridurre il rischio di recidiva, soprattutto in contesti come trattamento con metadone o soggetti con dipendenza da cocaina.

2.2. Psicoterapia integrata

Il percorso psicoterapeutico che sembra avere una maggiore efficacia con questi pazienti risulta essere la Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) integrata con supporto motivazionale; questo approccio ha mostrato miglioramenti significativi nei sintomi ADHD e nell'engagement al trattamento del disturbo da uso di sostanze.

Esempi pratici in contesti italiani:

- Il Centro Italiano ADHD (sedi in Milano, Padova, Bologna, Roma, Bari, etc.) propone programmi in cui

psichiatri esperti in dipendenze collaborano con psicologi per offrire percorsi integrati, che includono gruppi di psicoeducazione, valutazione ADHD e gestione del craving in contesti ambulatoriali dedicati.

- Collaborazioni tra SerD (dipendenze) e CSM (psichiatria) permettono di condividere protocolli su pazienti complessi con ADHD e dipendenze, secondo il modello "doppia diagnosi" proposto in pubblicazioni italiane (es. Zita & Migliarese, 2020).

3. Contesto italiano

3.1. Il trattamento integrato in Italia

In Italia, il modello operativo integrato generalmente coinvolge:

- una valutazione congiunta di ADHD e disturbo da uso di sostanze da parte di psichiatri e specialisti delle dipendenze (SerD/Csm), per individuare la condizione dominante e il pattern tossicomane, con anamnesi evolutiva, includendo dati dai caregiver o familiari per capire il quadro ADHD dall'infanzia;
- l'utilizzo di strumenti specifici per la diagnosi di ADHD (es. ASRS, DIVA-5) integrati con strumenti per la valutazione della gravità della dipendenza e craving, e valutazione della motivazione alla cura;
- interventi di psicoeducazione di gruppo, utili per migliorare la consapevolezza dei sintomi, il coping e la motivazione alla cura, spesso erogati da centri italiani (es. Milano, Bologna, Roma) in collaborazione con associazioni come Centro Italiano ADHD.

3.2. Farmacoterapia per ADHD in Italia

Nei contesti italiani, non ci sono linee guida ufficiali per ADHD adulto e l'uso off-label dei farmaci è frequente. Stimolanti a lento rilascio o non-stimolanti (es. atomoxetina) vengono utilizzati con cautela, soprattutto nei soggetti con precedenti di abuso di farmaci o sostanze stupefacenti. Gli stimolanti a rilascio prolungato (metilfenidato ER, lisdexamfetamina) sono preferiti nei contesti ad alto rischio di diversione e abuso, con stretto monitoraggio, perché efficaci su sintomi di disattenzione e impulsività, ma con limitato effetto sull'uso di sostanze in corso. L'atomoxetina, come detto precedentemente, può essere utile se l'ADHD è associato a craving da alcol o cannabis: migliora la disattenzione ma ha effetti modesti sull'impulsività e sul comportamento di dipendenza.

È emerso che anche l'uso del bupropione dia risultati nel trattamento di pazienti con disturbo di iperattività e disattenzione e uso di sostanze: uno studio pilota su 32 pazienti (18-55 anni) con ADHD e disturbo da uso di sostanze ha valutato l'uso del bupropione SR per 6 settimane. Al termine, è stata osservata una riduzione

cl clinicamente significativa dei sintomi ADHD (45% su scala ADHD-RS), mentre l'uso di sostanze non ha mostrato cambiamenti significativi. In un trial singolo cieco di 12 settimane con pazienti ADHD e cocaina-dipendenti, la somministrazione del bupropione combinato ad una terapia di prevenzione delle ricadute ha mostrato una riduzione dei sintomi di attenzione/iperattività e del craving, simile a metilfenidato SR. Manuali specializzati suggeriscono di considerare antidepressivi come la desipramina e il bupropione come opzioni di prima linea, proprio per il basso potenziale di abuso rispetto agli stimolanti.

Il profilo farmacologico e la sicurezza del bupropione è data dall'essere un inibitore della ricaptazione della noradrenalina e della dopamina, e, soprattutto nella corteccia prefrontale, può aumentare i livelli di dopamina senza effetti di euforia legati all'abuso; inoltre, a differenza degli stimolanti, presenta un basso potenziale di abuso o diversione. I rischi legati all'utilizzo del bupropione sono: un aumento del rischio di convulsioni, soprattutto se combinato con uso compulsivo di cocaina, o preesistente epilessia. Uno stretto monitoraggio è necessario soprattutto nei casi con storia di tossicodipendenza severa.

L'uso del bupropione appare quindi indicato quando è presente una controindicazione agli stimolanti, o un eccessivo rischio di abuso degli stessi, quando si richiede un effetto antidepressivo aggiuntivo, utile se è presente una comorbidità depressiva, o quando si cerca un'opzione non stimolante, con minore potenziale di dipendenza.

In sintesi:

- il bupropione può ridurre efficacemente i sintomi da ADHD in adulti, con evidenza da trial clinici controllati (riduzioni del 40-50%);
- in presenza di uso di sostanze, gli effetti sulla dipendenza sono modesti se somministrato da solo, ma migliorano se integrato con interventi psicosociali;
- riconosciuto come opzione sicura, con basso potenziale di abuso, ma da gestire con attenzione nel caso di tossicodipendenza attiva;
- è un'alternativa/coadiuvante quando i trattamenti stimolanti o con atomoxetina non sono possibili o non sono efficaci.

Presentiamo ora un caso esemplificativo della nostra esperienza diretta all'interno del SerD, in cui l'applicazione del bupropione si è dimostrato efficace e di determinante aiuto per un funzionamento più adattivo della paziente.

4. Caso clinico

4.1. Il caso di Lara

Lara ha 47 anni, nasce e cresce in un piccolo paese del basso polesine, all'interno di una famiglia composta dai due genitori e da altre due sorelle più grandi di lei. La famiglia d'origine sta bene, non ha particolari difficoltà economiche; la madre è ex insegnante e sindaco del paese, il padre muore a 55 anni per tumore, alcolista, viene descritto come autoritario e poco affettuoso. Lara ha la licenza di scuola media, in passato ha lavorato per qualche anno presso un supermercato, ma, di fatto, non ha mai lavorato stabilmente. Attualmente è disoccupata, vive da sola e la madre la aiuta economicamente (sia per il pagamento del mutuo della casa, sia per le spese quotidiane).

La paziente ha due figlie: E. (14 anni), avuta da una relazione con il primo compagno che ora vive lontano da questo territorio e nel tempo si è costruito un'altra famiglia; P. (7 anni), nata dalla relazione con il secondo compagno, anche questa naufragata quando la bimba aveva circa un anno e mezzo, lasciando di fatto a Lara la gestione di entrambe le bambine. Lara ha consentito contatti costanti con i padri e le nonne paterne, sostenendo lo sviluppo di relazioni positive con questi famigliari e mentendo buoni rapporti con entrambe le famiglie.

La paziente ha sempre avuto vicino la madre e le sorelle, che l'hanno aiutata e sostenuta nella crescita delle figlie. A marzo 2025, a seguito di un periodo difficile per la paziente, le figlie sono andate a vivere rispettivamente: E. con la nonna paterna e P. con il padre e la madre di lui (dove già andavano ogni fine settimana), così da permettere a Lara di concentrarsi sul suo percorso di disintossicazione.

4.2. Descrizione del problema: la dipendenza da sostanze

Esordisce con l'uso di cannabinoidi in età adolescenziale e in seguito alla morte del padre inizia un uso massiccio di cocaina dall'età di circa 20 anni, incrementando anche l'uso di THC e alcool; a 26 anni riesce ad avere un periodo di astinenza quando la madre la manda in Sardegna a lavorare in un ristorante di alcuni conoscenti; al rientro nel territorio d'origine riprende le consuete abitudini con le sostanze che rimangono sempre presenti, con maggior incremento nei momenti di crisi.

4.3. La presa in carico

La lunga storia di abuso di Lara l'ha portata ad avere svariati contatti negli anni presso il Servizio per le Dipendenze, seppur il primo accesso è avvenuto dopo

anni di uso di sostanze. La prima presa in carico infatti avviene ad Ottobre 2015, quando accede per una valutazione per la Commissione patenti a causa di un fermo in stato di ebrezza; questo si ripete ad Aprile 2016. A Novembre 2018 accede volontariamente al servizio per i suoi problemi con le sostanze (cocaina e thc); il percorso prosegue fino a febbraio 2020, momento in cui, anche a causa del covid, si interrompe. Attualmente è in carico presso il SerD da Gennaio 2024, con frequenza non costante. Da febbraio 2025, con la convocazione per art.75 (possesso di cocaina), la frequenza si fa più assidua.

Durante la valutazione psicologica presso il SerD è emerso chiaramente la presenza di un Deficit di Attenzione e Iperattività mai diagnosticato ma presente fin dall'infanzia. Approfondendo l'anamnesi, infatti, si notano le difficoltà della paziente durante gli anni scolastici, sia nell'apprendimento che nel comportamento, sfociando poi nell'abbandono scolastico e nell'avvicinamento precoce al mondo delle sostanze.

A seguito della valutazione e dell'osservazione nei colloqui clinici, si discute del caso con l'équipe multidisciplinare che concorda con il quadro da probabile ADHD. Viene quindi fatta una visita medica a seguito della quale la paziente inizia una terapia con bupropione, scelta dal medico del servizio per un diminuito rischio di abuso e diversione.

L'uso di thc e cocaina è sempre presente fino al momento in cui Lara inizia la terapia con bupropione, che rende la paziente meno attivata sul fronte emotivo e comportamentale, con un desiderio della sostanza più gestibile. Segue quindi un periodo di astensione dalla cocaina e anche dai cannabinoidi che perdura tutt'ora.

Anche a livello comportamentale, durante i colloqui, si nota che la paziente è più pacata e meno irrequieta, con una riduzione rilevante dell'impulsività, soprattutto nell'ambito della regolazione della rabbia. La maggior stabilità della paziente apre la possibilità di lavorare in profondità sugli schemi disfunzionali che da sempre Lara agisce e che la portano a fare uso di sostanze. La situazione attuale si presenta ancora complessa, in particolare per quanto riguarda l'ambito familiare, sul quale si sta intervenendo in sinergia con il Consultorio Familiare del territorio. La collaborazione con tale servizio risulta fondamentale per la prosecuzione e l'efficacia del progetto in atto.

Fondamentale ai fini dell'efficacia dell'intervento sarà, inoltre, la costante compliance di Lara al trattamento farmacologico e psicoterapeutico, in considerazione della sua marcata fragilità psichica.

5. Conclusioni

L'analisi condotta all'interno dei nostri servizi ha permesso di rilevare osservazioni interessanti, seppur ancora troppo limitate, che sottolineano come il SerD sia un luogo in cui accede una discreta percentuale di pazienti con ADHD, quasi mai diagnosticata prima. L'approfondimento in materia del trattamento di questi pazienti ci porta a concludere che non esiste nel Sistema Sanitario Nazionale italiano un riconoscimento formale del bupropione come terapia standard per ADHD adulto in comorbidità con una dipendenza da sostanze, ma è considerato un'alternativa ragionevole nei casi complessi. Le evidenze riconoscono l'importanza di trattare ADHD e dipendenza contemporaneamente e preferiscono stimolanti quando possibile, ma supportano il ricorso a farmaci non-stimolanti (come il bupropione o atomoxetina) nei pazienti a rischio di abuso o con controindicazioni agli stimolanti.

Questa nuova consapevolezza sta portando molti servizi a rivedere i propri protocolli diagnostici e terapeutici, integrando valutazioni specifiche per l'ADHD nei percorsi di accoglienza e presa in carico così da poter strutturare il percorso di cura più idoneo per questi pazienti. Tuttavia, restano aperte numerose sfide, tra cui la formazione degli operatori, la difficoltà di accesso a diagnosi specialistiche e la scarsità di trattamenti farmacologici e psicoterapeutici integrati.

Bibliografia

- Associazione Italiana Famiglie ADHD APS Associazione Italiana Famiglie ADHD APS. (s.d.). L'Associazione Italiana Famiglie ADHD diventa APS. Retrieved September 8, 2025, from <https://www.associazioneaifa.it/lassociazione-italiana-famiglie-adhd-diventa-aps/> Associazione AIFA
- ADHD Italia – Coordinamento di Organizzazioni ADHD Italia. (2024, January 31). "ADHD Italia – Coordinamento di Organizzazioni" – Obiettivi e composizione del coordinamento. Retrieved September 8, 2025, from <https://www.adhditalia.org/associazioneadhditalia/> ADHD Italia
- Goodman, D. W., & Thase, M. E. (2009). Recognizing ADHD in adults with substance use disorders: Treatment considerations and strategies. *CNS Spectrums*.
- Kollins, S. H. (2008). ADHD, substance use disorders, and psychostimulant treatment: Current literature and treatment guidelines. *Journal of Attention Disorders*,

12(2), 115–125.

- Maremmani, I., & Gerra, G. (2010). Comorbidità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze: implicazioni cliniche. *Rivista di Psichiatria*, 45(2), 89–98.

- *Medicina delle Dipendenze – Italian Journal of the Addictions* *Medicina delle Dipendenze–Italian Journal of the Addictions*. (s.d.). Rivista trimestrale ufficiale della Società Italiana Tossicodipendenze; diretta da Gessa, G. L., Pani, P. P., Maremmani, I., & Tondo, L. (ISSN 2039-7925). Retrieved September 8, 2025, from <http://www.medicinadelledipendenze.it> [medicinadelledipendenze.it](http://www.medicinadelledipendenze.it)+1

- Ministero della Salute. (2019). Linee guida per il trattamento integrato dei disturbi da uso di sostanze e comorbidità psichiatrica.

14.5

DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO E ADHD NELL'ADULTO: CORRELATI CLINICI, PSICOPATOLOGICI E COMPORTAMENTALI IN UN CAMPIONE CLINICO DI UN SERD ITALIANO

Annunziata V.*[2], Negri A.[1], Besana F.[1], Barbini D.[1], Barbieri E.[1], De Rosa M.[1], Minci M.[1], Papaluca S.[1], Micheli D.[1], Nicolai C.[1], D'Agostino A.[2]

[1]ASST Santi Paolo e Carlo ~ Milano ~ Italy,
[2]Università degli Studi di Milano ~ Milano ~ Italy

Questo studio ha analizzato la presenza di sintomi correlati ad ADHD in pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo: si è rilevata un'associazione con vulnerabilità emotiva, impulsività e gravità dei sintomi correlati al gioco d'azzardo.

Introduzione

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è riconosciuto dal DSM-5 come una patologia psichiatrica appartenente ai Disturbi correlati a sostanze e non correlati a sostanze, caratterizzata da persistente e ricorrente comportamento di gioco nonostante le conseguenze negative (American Psychiatric Association, 2013). In Italia, la prevalenza di DGA nella popolazione adulta è stimata tra l'1,3% e il 3,8%, con tassi più elevati nei soggetti giovani e nei maschi (Ministero della Salute, 2022). Diversi studi indicano un'alta comorbidità tra DGA e Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) in età adulta, con tassi di co-occorrenza che possono superare il 20% nei campioni clinici (Breyer et al., 2011; Fatseas et al., 2016). L'ADHD può contribuire alla vulnerabilità verso il gioco patologico attraverso meccanismi di impulsività, difficoltà di regolazione emotiva e ricerca di stimoli ad alta gratificazione immediata (Chamberlain et al., 2017).

L'obiettivo di questo studio è stato indagare, in un campione clinico di pazienti con DGA in carico al SerD di Via Boifava (ASST Santi Paolo e Carlo, Milano), la frequenza di punteggi positivi all'Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), le differenze socio-demografiche, cliniche e di uso di sostanze in base all'esito della

scala di screening.

Metodi

Sono stati raccolti dati socio-demografici (età, genere, scolarità, stato civile, occupazione) e clinici (tipologia di gioco prevalente, uso di sostanze, terapie farmacologiche in atto, familiarità per DGA, fasi del cambiamento).

Gli strumenti psicometrici utilizzati sono stati:

- Il Lie-Bet Questionnaire, per lo screening del comportamento di gioco d'azzardo (Johnson et al., 1997).
- Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1), strumento di screening per sintomi di ADHD in età adulta (Kessler et al., 2005).
- Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) per la valutazione dell'impulsività (Patton, Stanford, & Barratt, 1995).
- Problem Gambling Severity Index (PGSI) per la gravità del gioco d'azzardo e delle sue conseguenze (Ferris & Wynne, 2001).
- Symptom Checklist-90 (SCL-90-R) per la valutazione della sintomatologia psico-fisica generale (Derogatis, 1994).
- Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) per la misurazione dell'alessitimia (Bagby et al., 1994).

Sono state condotte analisi descrittive, confronti tra gruppi ASRS-positivi e negativi (test χ^2 e t-test), e una regressione logistica binaria per individuare i predittori indipendenti di ASRS positivo.

I pazienti inclusi nello studio sono stati utenti in carico al SerD Boifava per Disturbo da Gioco d'Azzardo. I criteri di inclusione erano: (1) avere ottenuto un risultato positivo al test di screening lie-bet (almeno una risposta "sì"); (2) possedere le capacità cognitive e linguistiche necessarie per completare gli strumenti di valutazione. Sono stati esclusi i pazienti con altre dipendenze comportamentali con spesa di denaro (ad es. trading, Internet Gaming Disorder, shopping compulsivo, sex addiction). Inoltre, sono stati esclusi i pazienti per i quali non erano disponibili dati clinici sufficienti.

Risultati

Il campione analizzato (N = 72) aveva un'età media di 38,8 anni (DS = 15,6), con prevalenza maschile. Il 26,4% è risultato positivo allo screening ASRS. Le tipologie di gioco più frequenti erano scommesse sportive (36,6%) e slot machines (31,0%), seguite da casinò (14,1%), giochi online e lotterie (12,7%) e poker (5,6%).

L'uso di sostanze psicoattive era elevato: il 61,1% rife-

riva uso di almeno una sostanza, di cui il 30,1% cocaina, il 29,2% cannabis e il 23,6% alcol. Una quota minore assumeva farmaci antidepressivi (20,8%), antipsicotici (9,9%) o stabilizzatori dell'umore (5,6%). La familiarità per DGA era presente nel 23,6% del campione. Le analisi univariate sono riportate in Tabella 1 (variabili socio-demografiche) e in Tabella 2 (variabili cliniche). All'analisi univariata, i soggetti con ASRS positivo risultano significativamente più giovani (media 30 anni) rispetto ai negativi (media 42 anni; $p = 0.006$). Inoltre, la quota di single è nettamente più alta tra gli ASRS positivi (77,8% vs 47,2%; $p = 0.024$). Per quanto riguarda le variabili psicometriche, i punteggi medi all'SCL-90 sono significativamente più alti negli ASRS positivi (75,7 vs 59,3; $p = 0.012$), indicando una maggiore gravità complessiva di sintomi psico-fisici in questo gruppo. L'alessitimia è significativamente più elevata nei giocatori ASRS positivi (53,6 vs 37,8; $p = 0.002$).

- Variabili socio-demografiche: divise per variabile di outcome
- Variabili cliniche (Tabella 2)
- Variabili psicometriche (Tabella 3)
- La regressione logistica è invece riportata in Tabella 4.

Tabella 1. *Variabili socio-demografiche*

	ASRS NEG (N=53)	ASRS POS (N=19)	p value
Genere	F: 8 (15.1%) M: 45 (84.9%)	F: 1 (5.3%) M: 18 (94.7%)	0.266
Età (Media, SD, range)	42, 16.3, 18-77	30, 8.53, 21-50	0.006
Scolarità	Meno di 8 anni 7 (13.2%) Più di 8 anni 46 (86.8%)	Meno di 8 anni 1 (5.3%) Più di 8 anni 17 (89.5%)	0.166 χ^2 3.60
Occupazione	Occupato 45 (84.9%), Disoccupato 8 (15.1%)	Occupato 14 (77.8%), Disoccupato 4 (22.2%)	0.486 χ^2 0.486
Stato civile	Single 25 (47.2%), Coniugato/Convivent e 28 (52.8%)	Single 14 (77.8%), Coniugato/Convivent e 4 (22.2%)	0.024 χ^2 5.08
Nazionalità	Italiana: 48 (90.6%) Non Italiana: 5 (9.4%)	Italiana: 17 (89.5%) Non Italiana: 2 (10.5%)	0.890 χ^2 0.0190
Problemi legali	No 42 (79.2%), Sì 11 (20.8%)	No 16 (84.2%), Sì 3 (15.8%)	0.639 χ^2 0.220
Famigliarità per DGA	No: 37 (69.8%) Sì: 13 (24.5%)	No: 13 (68.4%) Sì: 4 (21.1%)	0.663 χ^2 1.58

Nella regressione logistica, tre variabili sono risultate predittori significativi di ASRS positivo:

- Età ($\beta = -0.090$; $p = 0.025$): soggetti più giovani avevano maggiore probabilità di ASRS positivo.
- Alessitimia (TAS-20) ($\beta = 0.052$; $p = 0.044$): punteggi più alti di alessitimia sono associati a rischio aumentato (~5% in più per punto).
- Gravità del gioco e delle sue conseguenze associate (PGSI) ($\beta = 0.196$; $p = 0.040$): gravità maggiore del gioco associata a incremento del 22% della probabilità

Tabella 2. *Variabili cliniche*

	ASRS NEG (N=53)	ASRS POS (N=19)	p value
Tipo di gioco	Scommesse sportive: 17 (32.7%) Slot machines: 18 (34.6%) Poker: 3 (5.8%) Casinò: 6 (11.5%) GeV + lotterie: 8 (15.4%)	Scommesse sportive: 9 (47.4%) Slot machines: 4 (21.1%) Poker: 1 (5.3%) Casinò: 4 (21.1%) GeV + lotterie: 1 (5.3%)	0.453 dF 4
N. di sostanze utilizzate (media, DS, range)	0.83 (0.94)	1.16 (0.96)	0.197 dF 70.0
Uso di sostanze	Sì: 30 (56.6%) No: 23 (43.4%)	Sì: 14 (73.7%) No: 5 (26.3%)	0.190 χ^2 1.72
Cocaina	No: 39 (73.6%) Sì: 14 (26.4%)	No: 11 (57.9%) Sì: 8 (42.1%)	0.203 χ^2 1.62
Cannabis	No: 38 (71.7%) Sì: 15 (28.3%)	No: 13 (68.4%) Sì: 6 (31.6%)	0.787 χ^2 0.073
Alcool	No: 42 (79.2%) Sì: 11 (20.8%)	No: 13 (68.4%) Sì: 6 (31.6%)	0.341 χ^2 0.909
Terapia psicofarmacologica	Sì: 12 (22.6%) No: 41 (77.4%)	Sì: 8 (42.1%) No: 11 (57.9%)	0.104 χ^2 2.64
Antidepressivi	Sì: 9 (17.0%) No: 44 (83.0%)	Sì: 6 (31.6%) No: 13 (68.4%)	0.17 χ^2 1.81
Antipsicotici	Sì: 5 (9.4%) No: 48 (90.6%)	Sì: 2 (11.1%) No: 16 (88.9%)	0.837 χ^2 0.0425
Stabilizzatori dell'umore	Sì: 3 (5.7%) No: 50 (94.3%)	Sì: 1 (5.3%) No: 18 (94.7%)	0.948 χ^2 0.00421
Stadio del cambiamento	Determinazione/Azione/Mantenimento: 35 (67.3%) Precontemplazione/Contemplazione: 17 (32.7%)	Determinazione/Azione/Mantenimento: 15 (78.9%) Precontemplazione/Contemplazione: 4 (21.1%)	0.341 χ^2 0.905

Tabella 3. *Variabili psicometriche*

	ASRS NEG (N=53)	ASRS POS (N=19)	p value dF
BIS-11 (Media, Dev. Standard, range)	70.6 (SD = 12.2; 43.0-96.0)	75.7 (SD = 8.91; 58.0-87.0)	0.122; 63.0
PGSI	15.7 (SD = 5.47; 4.00-25.0)	17.1 (SD = 4.97; 3.00-24.0)	0.340; 65.0
SCL-90	59.3 (SD = 19.7; 40.0-124.0)	75.7 (SD = 29.2; 40.0-132.0)	0.012 ; 64.0
TAS-20	37.8 (SD = 24.3; 10.00-100.0)	53.6 (SD = 23.7; 12.00-89.0)	0.002 ; 65.0

- Gravità del gioco e delle sue conseguenze associate (PGSI) ($\beta = 0.196$; $p = 0.040$): gravità maggiore del gioco associata a incremento del 22% della probabilità di ASRS positivo per ogni punto in più al PGSI.

Genere maschile, numero di sostanze utilizzate e punteggio SCL-90 non raggiungevano la significatività statistica, pur mostrando un trend di associazione. Il modello complessivo spiegava il 43% della variabilità (R^2 di Nagelkerke), con un buon adattamento ai dati (Deviance = 49.7; AIC = 61.7).

Conclusioni

I risultati indicano che circa un quarto dei pazienti con DGA presenta sintomi positivi allo screening ADHD in età adulta, associati a un profilo clinico più complesso, caratterizzato da maggiore gravità di gioco, alessitimia e vulnerabilità nei soggetti più giovani.

Tabella 4. *Regressione logistica*Tabella 4. *Regressione logistica*

Predittore	Estimate	SE	Z	p	Odds ratio	IC 95%
Intercept	-6.12645	2.9880	-2.050	0.040	—	[-11.98275, -0.2702]
Età	-0.09032	0.0403	-2.241	0.025	0.91364	[-0.16931, -0.0113]
Sci-90	0.00672	0.0194	0.346	0.729	1.00674	[-0.03135, 0.0448]
TAS-20	0.05237	0.0261	2.010	0.044	1.05376	[0.00129, 0.1034]
PGSI	0.19595	0.0954	2.054	0.040	1.21647	[0.00896, 0.3829]
Genere (M vs F)	1.33668	1.3998	0.955	0.340	3.80640	[-1.40690, 4.0803]
N. di sostanze	0.67423	0.4019	1.677	0.093	1.96251	[-0.11353, 1.4620]

Questi dati sono coerenti con quanto riportato in letteratura, che evidenzia come l'ADHD possa amplificare l'impulsività, la disregolazione emotiva e la ricerca di gratificazione immediata, aumentando il rischio di condotte di gioco problematico (Chamberlain et al., 2017; Fatseas et al., 2016). In questo contesto, come sottolineato da precedenti studi, l'alestitimia emerge come un nodo centrale in questa triade clinica: da un lato può amplificare la disregolazione emotiva e la difficoltà di autocontrollo tipiche dell'ADHD, dall'altro può ostacolare l'elaborazione delle esperienze interne e favorire il ricorso al gioco come strategia disfunzionale di regolazione affettiva (Marchetti et al., 2019). Considerata l'alta prevalenza e il rilevante impatto clinico, l'inserimento sistematico dell'ASRS nello screening di routine per i pazienti con DGA appare una strategia efficace per migliorare l'identificazione precoce dei sintomi correlati all'ADHD, favorendo interventi multimodali personalizzati. Studi precedenti mostrano che la gestione integrata di ADHD e DGA può migliorare la prognosi e ridurre il rischio di ricaduta (Breyer et al., 2011; Strydom et al., 2021). Sulla base di ciò, i nostri dati sottolineano l'importanza di promuovere la formazione specifica degli operatori dei servizi per le dipendenze sui disturbi del neurosviluppo, così da migliorare le competenze diagnostiche e l'efficacia degli interventi clinici in pazienti con profili complessi. In questa direzione, stante il progressivo aumento della prevalenza dei Disturbi del neurosviluppo in comorbilità con le Dipendenze, sarà fondamentale implementare la cooperazione fra i Servizi delle Dipendenze e i Servizi psichiatrici al fine di favorire

una presa in carico integrata.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Breyer, J. L., Botzet, A. M., Winters, K. C., Stinchfield, R. D., August, G., & Realmuto, G. (2011). Young adult gambling behaviors and their relationship with the persistence of ADHD. *Journal of Gambling Studies*, 27(3), 387-399. <https://doi.org/10.1007/s10899-010-9214-7>
- Chamberlain, S. R., Derbyshire, K., Leppink, E., & Grant, J. E. (2017). Impact of ADHD symptoms on clinical and cognitive aspects of problem gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.09.006>
- Derogatis, L. R. (1994). SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Fatseas, M., Alexandre, J. M., Romo, L., Valleur, M., Magalon, D., Chereau-Boudet, I., ... & Auriacombe, M. (2016). Gambling behaviors and psychopathology related to attention-deficit/hyperactivity disorder in problem gamblers seeking treatment. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(3), 421-430. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.058>
- Ferris, J., & Wynne, H. (2001). The Canadian Problem Gambling Index. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisenstein N, Engelhart C. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep.* 1997 Feb;80(1):83-8. doi: 10.2466/pr0.1997.80.1.83. PMID: 9122356.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., ... & Ustun, T. B. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002892>
- Marchetti D, Verrocchio MC, Porcelli P. Gambling Problems and Alexithymia: A Systematic Review. *Brain Sci.* 2019 Aug 7;9(8):191. doi: 10.3390/brainsci

9080191. PMID: 31394857; PMCID: PMC6721389.

- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)

- Strydom, M., Strydom, W., & Thomas, K. (2021). ADHD and gambling disorder: A review of the literature and proposed future research directions. *Current Addiction Reports*, 8, 34–43. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00350-2>

- World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. <https://icd.who.int/>

14.6

PREVALENZA E CORRELATI CLINICI DEI SINTOMI DI ADHD NEGLI ADULTI CON DISTURBI DA USO DI SOSTANZE: UNO STUDIO TRASVERSALE

Besana F.*[1], Vitale M.[1], Pasquariello S.[1], Negri A.[1], Barbini D.[1], Barbieri E.[1], De Rosa M.[1], Papaluca S.[1], Micheli D.[1], Minci M.[1], Annunziata V.[2], Toscano F.J.[2], Corbelli M.[2], Nicolai C.[1], D'Agostino A.[2]
 [1]ASST Santi Paolo e Carlo ~ Milano ~ Italy,
 [2]Università degli Studi di Milano ~ Milano ~ Italy

Prevalenza e caratteristiche cliniche dei sintomi correlati ad ADHD in pazienti con Disturbo da uso di Sostanze in carico alla SC SerD territoriale ASST Santi Paolo e Carlo.

Introduzione

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) è un disturbo del neurosviluppo che frequentemente persiste in adolescenza e in età adulta, anche perché spesso non viene precocemente diagnosticato. Diverse evidenze indicano un forte legame tra ADHD e Disturbi da Uso di Sostanze, con meccanismi possibili quali vulnerabilità neurobiologiche condivise e comportamenti di automedicazione di un ADHD non correttamente trattato (Srichawla et al., 2022; Zulauf et al., 2014).

Metodi

Lo scopo dello studio era indagare la prevalenza di sintomi correlati ad ADHD in una popolazione con DUS in pazienti afferenti alla SC SerD territoriale dell'ASST Santi Paolo e Carlo (Milano). I criteri di inclusione erano: pazienti con DUS diagnosticato secondo i criteri DSM-5 e evidenze di laboratorio. I criteri di esclusione comprendevano: dipendenze comportamentali senza comorbidità con DUS (ad es. gioco d'azzardo) e incapacità di comprendere o rispondere ai questionari di screening. I sintomi di ADHD sono stati valutati tramite l'Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1), mentre le comorbidità psichiatriche sono state rilevate secondo i criteri DSM-5 (Kessler et al., 2005). Sono stati rac-

colti dati socio-demografici, clinici e tossicologici, analizzati mediante statistiche descrittive e univariate.

Risultati

Su 72 pazienti, 23 (31,5%) sono risultati positivi allo screening ASRS. Gli individui ASRS-positivi erano significativamente più giovani (29,4 vs 39,6 anni; $p<0,001$) e più spesso single (81% vs 37,5%; $p=0,003$). Mostravano una maggiore prevalenza di comorbidità psichiatriche (57,1% vs 42,9%; $p=0,022$) e un uso più elevato di psicofarmaci, in particolare stabilizzatori dell'umore (8,7% vs 0%; $p=0,034$). Inoltre, avevano tassi più alti di positività all'analisi tossicologica su matrice cheratinica (78,3% vs 48%; $p=0,015$) e utilizzavano un maggior numero di sostanze (1,48 vs 0,98; $p<0,001$). Non sono emerse differenze significative per genere o livello di istruzione.

I risultati sono maggiormente dettagliati nella Tabella 1.

Tabella 1. Variabili analizzate

Variabile (N=72)	ASRS negative (N=49)	ASRS positive (N=23)	p value
Età	39,6	29,4	$<0,001^a$
Genere (%donne)	5 (10,2%)	1 (4,3%)	0,402 ^b
Situazione educativa: meno di 8 anni di scolarità	27 (55,3%)	12 (50%)	0,778 ^b
Stato civile: single	18 (37,5%)	17 (81%)	0,003 ^a
Problemi legali	21 (42,8%)	7 (30,3%)	0,206 ^b
Disturbo da uso di cannabinoidi	8 (16,7%)	8 (34,8%)	0,003 ^a
Disturbo da uso di stupefacenti	37 (75,5%)	13 (56,5%)	
Disturbo da uso di oppiacei	1 (2,1%)	1 (4,3%)	
Uso di MDMA	1 (2,1%)	0 (0%)	
Comorbidità psichiatrica	8 (42,9%)	8 (57,1%)	0,022 ^a
Terapia antidepressiva	5 (10%)	8 (28,1%)	0,074 ^b
Terapia stabilizzante dell'umore	0 (0%)	2 (8,7%)	0,034 ^a
Terapia antipsicotica	4 (8%)	3 (13%)	0,497 ^b
Numero di psicofarmaci in terapia	0,39	0,652	$<0,001^a$
Positività all'ultima esame su matrice cheratinica	23 (46,9%)	18 (78,3%)	0,015 ^a
Numero medio di sostanze rilevate all'ultima esame su matrice cheratinica	0,68	1,48	$<0,001^a$
Stadio del cambiamento (Determinazione di oltre Prochaska & Velicer, 1997)	38 (77,5%)	14 (60,9%)	0,093 ^b

Conclusioni

I risultati evidenziano un'associazione significativa tra sintomi correlati ad ADHD e maggiore gravità clinica nei pazienti con DUS. Gli individui ASRS-positivi mostrano un profilo clinico più complesso, caratteriz-

zato da comorbidità psichiatriche, polifarmacoterapia e maggiore gravità dell'uso di sostanze, suggerendo che un ADHD non diagnosticato in età infantile possa rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di ulteriori condizioni psichiatriche e per pattern d'uso di sostanze più severi o diversificati (Ginsberg et al., 2014). Questi dati sottolineano l'importanza di includere il test ASRS come parte integrante della valutazione clinica di routine nei pazienti con DUS, al fine di identificare precocemente i soggetti a rischio e facilitare interventi terapeutici personalizzati e integrati.

Bibliografia

1. Srichawla BS, Telles CC, Schweitzer M, Darwish B. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder: A Narrative Review. *Cureus*. 2022 Apr 12;14(4): e24068. doi: 10.7759/cureus.24068. PMID: 35573587; PMCID: PMC9097465.
2. Zulauf CA, Sprich SE, Safren SA, Wilens TE. The complicated relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2014 Mar;16(3):436. doi: 10.1007/s11920-013-0436-6. PMID: 24526271; PMCID: PMC4414493.
3. Kessler RC, Adler LA, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Walters EE. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005; 35:245–256. doi: 10.1017/S0033291704002892.
4. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*. 1997 Sep-Oct;12(1):38-48.
5. Ginsberg Y, Quintero J, Anand E, Casillas M, Upadhyaya HP. Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2014;16(3): PCC.13r01600. doi: 10.4088/PCC.13r01600. Epub 2014 Jun 12. PMID: 25317367; PMCID: PMC4195639.

Area tematica 15

PSICOTERAPIE E DIPENDENZE

15.1

INTERVENTI CON LE FAMIGLIE NEL CONTESTO ISTITUZIONALE

Girardi M.*

U.O. SerD ASST Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Melegnano Martesana (MI) ~ ROZZANO ~ Italy

Dal counseling alla psicoterapia familiare.
Interventi possibili

Cornice introduttiva

PRESENTAZIONE DELLA CORNICE TEORICA DELLA PSICOTERAPIA SISTEMICO RELAZIONALE.

IL TERAPEUTA FAMILIARE – Oggetto e metodo d'indagine
La FAMIGLIA = LUOGO DEGLI AFFETTI e compiti di sviluppo nel C.D.V. del sistema e dei singoli.

KEYWORDS - concetto di CRISI e SINTOMO dal contesto Bio-medico a quello psico-relazionale.

campo di osservazione: dal RELAZIONALE strategie di potere, conflitto, comunicazione, ruoli, codici affettivi (Fornari, Cambiaso)... al TRANSGENERAZIONALE: allargare il campo di osservazione comprendendo più generazioni (Selvini Palazzolo).

Borzomeny-nagy famiglia = SISTEMA EMOZIONALE PLURIGENERAZIONALE Lealtà Invisibili tratta della Reciprocità e Giustizia in TF. Alla base del funzionamento familiare più che alle dinamiche relazionali (codici, comunicazione...) è IL sistema di LEALTÀ a dettare gli obblighi e strutturare i comportamenti dei suoi membri governando il CAMBIAMENTO.

indicatori (silenzi, colpe, segreti, miti...).

punti centrali di interesse _ Transazioni del CD.V.

OBIETTIVI DELLA T.F. NON centrati sul SINTOMO ma sui PROCESSI

MITI: RACCONTO convinzioni irrazionali e mai messe in discussione, semantica familiare (famiglia felice, trasparenza, fedeltà...)

IL CONTESTO ISTITUZIONALE SERD

LUOGO DEL SERD Osservatorio strategico connotato servizio per adulti 30/40 anni (5-6 anni dopo esordio cc 30)

Difficoltà dell'aggancio precoce: NON c'è richiesta di aiuto ai servizi

ADOLESCENTE: Scarsa criticità

Assenza consapevolezza del rischio

Difesa della propria fragilità narcisistica

FAMIGLIA: assenza di criticità

Vergogna senso di colpa

Miti irrazionali (l'età, gli ormoni, famiglia felice...)

Alta E.E. ipercoinvolgimento, (indice prognostico negativo rispetto a esiti)

MACCHINA TERAPEUTICA del servizio in capo ÉQUIPE:

MULTIDISCIPLINARE - Principio dell'EQUIFINALITÀ

CHI È L'ESPERTO? presupposto del pz e della famiglia tot incompetente

Logica più costruttiva _ PZ E FAMIGLIA INTERPRETI DEL PROPRIO CAMBIAMENTO

La TERAPIA FAMILIARE: Presupposti e criticità:

INTERVENTI ATTIVI e ATTIVABILI PRESSO IL SERD DI ROZZANO: differenziazione

- Sostegno di gruppo per familiari

- Gruppo di sostegno alla genitorialità per pz con problematiche di dipendenza e/o giudiziarie

- Terapia Familiare

- Gruppi Multifamily

Dr.ssa Marica Girardi Psicoterapeuta Familiare S.E.R.D. Rozzano (MI)

15.2

IL TRAUMA NEI DISTURBI DA USO DI SOSTANZE E NEI COMPORTAMENTI DI ADDICTION

Galassi C.*

*Servizio Multidisciplinare Integrato S.M.I. - CAD ~
Milano ~ Italy*

L'esposizione a un trauma psichico altera l'equilibrio psichico e le capacità di regolazione affettiva delle persone: i comportamenti additivi, in quest'ottica, sembrano rappresentare un tentativo disfunzionale di fronteggiare l'emergere incontrollato di vissuti traumatici che il soggetto contrasta attraverso l'uso di sostanze psicoattive.

Attraverso l'esposizione del caso clinico di una giovane adulta con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) seguita presso SMI CAD con interventi multidisciplinari integrati, affronto il tema della correlazione tra trauma complesso e comportamenti di addiction.

Diversi studi hanno dimostrato che le dipendenze patologiche hanno come caratteristica peculiare l'uso distorto di una sostanza, di un oggetto o di un comportamento. La dipendenza, inoltre, offre alle persone la possibilità di modificare l'umore e le sensazioni e, pertanto, prima ancora di essere una condizione neurobiologica o un problema sociale, è un fenomeno individuale che può presentarsi nel corso dello sviluppo psicologico come risposta a specifici fattori evolutivi (Caretto et al., 2005).

Le esperienze traumatiche, come abusi, violenze o perdite significative, possono avere un impatto profondo sul cervello e sul sistema nervoso, in particolare in aree legate alla regolazione emotiva (sistema limbico), alla memoria (ippocampo) e alla risposta allo stress o alla paura (amigdala); ciò rende le persone più vulnerabili allo sviluppo di una dipendenza, in quanto possono utilizzare le sostanze psicoattive per far fronte al dolore emotivo, ai ricordi dolorosi e ai sintomi del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD). Questo comportamento può trasformarsi in un circolo vizioso, poiché l'uso di sostanze può peggiorare i sintomi del trauma e portare ad ulteriori problemi. L'utilizzo di sostanze, infatti, non solo non aiuta a risolvere le problematiche (es. ansia, depressione, scarsa gestione delle emozioni, ecc.), ma ne crea di nuove, quali isola-

mento sociale, conflitti familiari, fisica e psichica e altre situazioni che a loro volta possono generare nuovi traumi. Il rischio è che questo ciclo non si fermi mai e si autoalimenti, dando origine a un vortice che porta a peggiorare la situazione di anno in anno, salvo che si ricorra a un percorso di cura della tossicodipendenza. Inoltre, più il trauma è grave più è facile che vi sia un'alterazione dei circuiti neuronali del cervello, in particolare quelli legati alla produzione di dopamina e al sistema di ricompensa (Bloomfield et al., 2019). Essendo un neurotrasmettitore coinvolto in aspetti quali motivazione e piacere, la dopamina svolge un ruolo chiave nella dipendenza. Ne consegue che, se un individuo produce meno dopamina e possiede una ridotta capacità di provare piacere per le situazioni quotidiane della vita, ricorrerà più facilmente all'uso di sostanze per stimolare la produzione di dopamina.

Se si tiene in considerazione anche il fatto che la dipendenza può instaurarsi anche a seguito di strategie di coping maladattive, dovute al fatto che l'alcol e alcune sostanze sono in grado di donare un'euforia temporanea e alleviare la sofferenza causata da emozioni dolorose e depressione, si comprende la funzione di automedicazione attribuita alle sostanze dalle persone con DUS.

Infine, chi è stato soggetto ad un trauma, il più delle volte ha delle difficoltà a regolare ed esprimere le proprie emozioni, con conseguente rischio di venire sopraffatti da emozioni impetuose come rabbia e disperazione. Ciò può portare ad un'incapacità di autoregolazione emotiva nel lungo periodo.

La letteratura scientifica

La letteratura scientifica internazionale mostra chiaramente le relazioni esistenti fra traumi vissuti nell'infanzia e disturbi psicopatologici in età adulta. Numerosi studi confermano che l'esposizione a un trauma sia puntiforme sia cumulativo (Van Der Kolk, 2008) può facilitare l'insorgere di una psicopatologia, che spesso si manifesta anche attraverso forme di dipendenza; a sua volta, la gravità dell'abuso di sostanze è fortemente correlato con l'abuso fisico, sessuale ed emotivo durante l'infanzia e/o esperienze di negletto.

Caso clinico

E. arriva al servizio all'età di 24 aa, inviata da psichiatra che ha consultato in ambito privato, per Disturbo da Uso di Alcol, Cocaina e Cannabis. In passato ha manifestato Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) per cui è stata in cura presso servizio specialistico dai 15 ai 21 aa e ha avuto una diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità.

Primogenita di due figlie, vive da sola, è laureata e

lavora con contratti a termine, con periodi di trasferta all'estero.

I genitori sono viventi, la madre lavora, il padre è in pensione e risulta che il abbia avuto un passato di uso sperimentale di sostanze in età giovanile.

L'avvio della presa in carico è stato caratterizzato da iniziale diffidenza e sfiducia generalizzata verso le istituzioni e verso gli operatori psicologi e psichiatri. Si è quindi inizialmente lavorato sull'aggancio sia al servizio sia ai colloqui psicologici, in alcuni momenti affiancandoli a quelli educativi.

Inizia l'uso di cocaina a 16 aa indotta dal suo ragazzo, utilizzata in modalità sniffing: era il periodo in cui andava a ballare con gli amici e le piaceva lo "sballo" (usava anche altre sostanze). La cocaina, inoltre, diminuiva il senso di fame e in quel periodo era funzionale al DCA. Attualmente usa 3-4 volte a settimana, in alcuni periodi è quotidiano. L'effetto ricercato è quello di non farla pensare ai problemi; lo definisce un uso che ormai è diventato un'abitudine, un automatismo. L'uso di cocaina è anche associato all'alcol con la funzione di ridurre gli effetti dell'assunzione massiccia di quest'ultima.

Beve vino e superalcolici, raramente birra, dai 15 anni; l'abuso di alcol è iniziato da 7 anni lavorando in un ristorante: poco alla volta l'uso è diventato quotidiano; riporta di bere principalmente per riempire dei vuoti, quando non ha niente da fare; riconosce che il problema è la mancanza di interessi a cui dedicarsi nei momenti extra lavorativi.

Rispetto alla cannabis, riporta primo uso a 14 anni con le compagne di classe, per stare in compagnia; fuma da allora tutti i giorni; ricerca l'effetto di ottundimento, ma riconosce di aver sviluppato tolleranza verso la sostanza. In principio la faceva ridere e la faceva sentire a suo agio in compagnia.

Dai 15 ai 20 anni ha usato anche diverse droghe sintetiche in contesti sociali e di divertimento.

Le sostanze hanno per lei la funzione di attutire gli stati emotivi, chiuderla in una bolla che le permetta di non considerare il mondo esterno, non sentirlo e di sentirsi più calma; ciò sia quando è arrabbiata o addolorata sia quando sta vivendo una situazione piacevole; in quest'ultimo caso per poter stare bene ha bisogno di regolare gli stati interni di disagio o stress; definisce le sostanze "le mie terapie".

Attualmente ha pochi amici, frequenta per lo più i colleghi di lavoro. Riferisce buoni rapporti con i genitori, ma nel corso della presa in carico emerge che spesso è in conflitto con loro e mal tollera le modalità simbiotiche della madre, definita come ansiosa e che ha sempre influenzato i suoi pensieri, i suoi comportamenti e la sua identità; il padre, invece, viene definito come

quello buono, con il quale poter parlare, ma nel corso del tempo emerge un tono dell'umore deflesso e tendenza alla passività.

E. stessa riconosce di essersi assunta il ruolo della malata designata, per potersi sentire vista e amata in particolar modo dalla madre; attualmente oscilla tra il sentirsi a disagio quando viene trattata come la malata della famiglia e il temere di non sapere più chi sia se non assume tale ruolo.

Altri riferimenti famigliari importanti sono state le due nonne viventi, con le quali mantiene buoni rapporti da sempre, e i due nonni deceduti.

Rispetto ai rapporti affettivi emerge una modalità disfunzionale e maltrattante, in quanto caratterizzati da conflittualità e aggressività sia verbale che fisica reciproca, e sempre accompagnati dall'uso delle sostanze.

E. riporta il convincimento di essere una persona non conforme alla normalità e con problemi mentali; il rapporto con la sessualità ha visto delle problematicità sia nel passato che nell'attualità, con senso di disagio e di obbligatorietà in alcune situazioni; inoltre, riporta di non sentirsi capita da nessuno da sempre, di aver sviluppato un senso di inferiorità già intorno ai 14-15 anni in corrispondenza dell'anoressia, e di presentare eccessi di ira e rabbia incontrollati dai 17 anni ("quando sono arrabbiata devo farmi male, tirare pugni contro il muro o la porta, per capire che devo fermarmi, che devo darmi una calmata").

La madre, nel corso di un colloquio di consulenza, ha riportato comportamenti bizzarri di E. fin da piccola, con accessi di ira e capricci quando veniva lasciata tutto il giorno dalla nonna, perché la madre lavorava; cresciuta in un ambiente iperprotettivo e ipercontrollante, da parte soprattutto della madre e della nonna, a 3 aa e mezzo circa arriva la sorellina, con conseguente vissuto di perdita delle attenzioni su di sé.

Nella storia di E. gli elementi connessi a vissuti traumatici sono rilevabili nel rapporto simbiotico con la madre, caratterizzato da assenza di confini personali, iper-apprensione, necessità di controllo costante, ma al contempo da scarsa sintonizzazione con i bisogni di E. e da carenza di uno sguardo amorevole che rimandasse a E. un riconoscimento di sé come soggetto separato e degno d'amore. Il normale processo di separazione e individuazione nel corso dello sviluppo evolutivo è stato compromesso, a tal punto che entrambe, madre ed E., ancor oggi non sentono di avere un senso se non nei reciproci ruoli assunti: E. di malata della famiglia che ha bisogno dell'accudimento e delle attenzioni materne, e la madre di figura accuditiva. Senza questi ruoli entrambe esprimono la sensazione di non avere un senso nella vita.

Tale trauma d'attaccamento ha determinato in E. un costante senso di sfiducia verso il prossimo, svalutazione di sé, senso di vuoto costante, disregolazione emotiva; ne ha sempre conseguito la messa in atto di una ricerca compulsiva di sostanze e di relazioni affettive con uomini che le rimandassero costantemente di non essere degna d'amore ma con i quali al contempo creare un legame indissolubile.

Il percorso, di cura che ha previsto colloqui psicologici di sostegno, colloqui educativi volti ad interventi di riduzione del danno rispetto all'uso delle sostanze e colloqui medici di monitoraggio delle condotte d'abuso, ha permesso strutturare una relazione terapeutica di fiducia, a tal punto che anche nei periodi di trasferta lavorativa E. stessa ha sempre richiesto di poter mantenere i colloqui da remoto, riconoscendo la necessità di quel luogo unico in cui poter riportare racconti, vissuti, emozioni e sentirsi sempre accolta e sostenuta, mai giudicata.

Nei primi mesi dell'anno E. era riuscita a ridurre notevolmente l'uso delle sostanze, sperimentando un senso di benessere e un miglioramento in generale nella qualità della vita. È stato anche possibile approfondire alcune aree connesse al trauma d'attaccamento, quali il rapporto simbiotico e privo di confini con la madre, le sue ansie abbandoniche che la portano a pretendere di essere vista da parte dell'altro e le dinamiche di violenza psicologica che caratterizzano i suoi rapporti affettivi. Il lavoro psicologico richiede una costante messa in sicurezza di E. e un delicato lavoro di osservazione delle dinamiche psicopatologiche interne, senza poter al momento ancora procedere alla fase elaborativa dei vissuti traumatici.

Teoria del trauma

Se consideriamo il trauma psichico come una risposta soggettiva all'evento traumatico, comprendiamo come di fronte ad un vissuto traumatico venga sopraffatta la capacità di dare un senso, di comprendere, integrare e reagire all'evento traumatico; le funzioni neurologiche superiori si spengono per far sì che le funzioni di sopravvivenza possano essere attivate (cervello rettiliano); si attivano quindi una serie di meccanismi di difesa che in quel momento servono alla persona per proteggersi dall'evento traumatico.

Porges parla di fallimento del codice d'amore neurale, intendendo che fallisce il coinvolgimento sociale e si attivano le difese meno evolute. Il trauma deruba le persone del senso di sicurezza e fiducia: per come l'uomo è fatto, ha bisogno del sentimento viscerale di sicurezza per calmarsi, curarsi e crescere.

Si può, quindi, parlare di trauma quando il sistema di coinvolgimento sociale fallisce.

Da qui si osserveranno:

1. Aspetti di evitamento associati al trauma, quali ritiro sociale, disinteresse;
2. Obnubilamento emotivo-cognitivo (senso di nebbia rispetto a quello che si pensa e si sente), sintomi depressivi);
3. Sintomi rabbiosi e della sfera della reattività in generale;
4. Sintomi intrusivi.

Il fallimento del coinvolgimento sociale può avvenire in età precoce come risultante di una mancata sintonizzazione nel sistema di attaccamento. Il trauma, inoltre, interrompe la trama identitaria bloccando le persone in un passato che non passa mai, rendendole continuamente vigili e obnubilate, facendole vivere in uno stato di allarme costante.

Il primo contatto con un paziente traumatizzato, quindi, deve essere orientato alla messa in sicurezza, da intendersi come assetto da trovare nella relazione con il paziente e consiste nel verificare e costruire condizioni concrete di sicurezza. Ciò gli permette di sentirsi sufficientemente in una situazione di sicurezza con conseguente possibilità di mettersi nella condizione di essere aiutato.

Queste persone non hanno una messa in sicurezza a livello corporeo e manifestano disregolazione emotiva con oscillazioni tra l'iper e l'ipo arousal (aggressività o passività/evitamento); in tali persone è spesso presente anche un certo grado di dissociazione, che può andare da livelli meno gravi a livelli molto gravi. Van Der Hart espone la sua teoria della dissociazione strutturale, secondo la quale l'evento traumatico altera il funzionamento integrato dei sistemi di azione di:

1. vita quotidiana: parte apparentemente normale, che cerca di andare avanti nella vita quotidiana
2. difesa: parte emozionale, che è rimasta fissata nel tempo del trauma e che è influenzata dai sistemi di azione di difesa. Si possono osservare difese attivate al momento del trauma per far fronte al pericolo; emozioni legate alle situazioni traumatiche e scaturite dalle strategie difensive; le sensazioni corporee derivanti da tale esperienza; i ricordi frammentati dell'esperienza traumatica.

I sintomi dissociativi si differenziano in:

1. Sintomi negativi: si caratterizzano per assenza o perdita sia a livello fisico (anestesia, insensibilità al dolore o analgesie, perdita di funzioni motorie concrete) sia a livello psichico (amnesie, perdita di abilità e conoscenze, depersonalizzazione, perdita dell'affetto, necessità, desideri e fantasie).
2. Sintomi positivi: intrusioni sia a livello psichico (qualcosa è vissuto come estraneo a se stesso, in quanto una parte della personalità contiene un ricordo o

un'esperienza che un'altra parte non ha) sia a livello somatico (sensazioni o dolori senza correlato organico, percezioni sensoriali che sono frammenti di materiale traumatico, movimenti ripetitivi come tic e tremori). In queste situazioni un'efficace strategia terapeutica richiede una diagnosi che coniughi:

- le specifiche caratteristiche e circostanze dell'esperienza traumatica, differenziando tra:
 - TRAUMA TRANSITORIO-ACUTO (situazioni in cui il trauma occorre in modo occasionale e/o transitorio)
 - TRAUMA CONTINUATIVO (il trauma è occorso in modo continuativo e ha orientato la strutturazione dell'identità)
 - TRAUMA CUMULATIVO (vari eventi traumatici successivi)
- l'incidenza dei sintomi
- il funzionamento generale della personalità.

La psicoterapia orientata al superamento dei deficit integrativi della personalità è orientata in 3 fasi:

1) Stabilizzazione: riduzione dei sintomi insegnando alla persona a contenere le emozioni e ad accedere ad esse all'interno di uno stato di tolleranza, mediante:

- psicoeducazione su trauma e dissociazione
- regolazione delle emozioni mediante tecniche di rilassamento, costruzione del "luogo sicuro" con Emdr, Mindfulness, tecniche SensoryMotor di grounding, centratura, costruzione dei confini)
- imparare ad individuare i trigger
- imparare strategie di contenimento impulsi
- somministrazione di farmaci per riduzione della sintomatologia (iperemotività, stabilità umore, impulsi agiti).

2) Trattamento ed elaborazione dei ricordi traumatici; la caratteristica specifica delle memorie traumatiche è la loro scarsa accessibilità alla coscienza verbale (effetto della non integrazione o della dissociazione peritraumatica); il soggetto non è capace di attribuire all'evento la categoria di memoria (traumatica vs autobiografica) e rimane fissato a confrontarsi con una situazione difficile cui non riesce a venire a capo, così da dover continuare a fare grossi sforzi di adattamento. La sintonizzazione emotiva, quindi, diviene molto importante al fine di permettere al paziente di identificare le sensazioni emotive e corporee e i loro correlati emotivi e cognitivi e per accedere al ricordo traumatico (Van der Kolk). Sono risultate utili tecniche bottom-up, che cercano di contattare e connettere gli aspetti emotivo-sensoriali immagazzinati nel sistema limbico (EMDR, Sensorimotor Psychotherapy).

3) Reintegrazione e riabilitazione della personalità: l'integrazione è un processo adattativo - evolutivo che implica azioni mentali e comportamentali che consen-

tono di assimilare le esperienze e il senso di sé, ricostituendo un senso unitario del sé; richiede anche la capacità di compiere azioni integrative, quali la regolazione emotiva e la funzione riflessiva. E quindi un processo adattivo che implica l'abilità sia di differenziare che di collegare le esperienze in una prospettiva temporale, in un assetto personale (personalità) flessibile e stabile, promuovendo il miglior funzionamento possibile nel tempo.

Giungere alla realizzazione significa aver sviluppato una presa di consapevolezza della realtà così com'è, con relativa capacità di accettazione (della realtà stessa) e di adattamento; include due tipi di esperienza psichica: il senso di padronanza dell'esperienza e del Sé, e l'ancoraggio al presente in relazione dinamica con il passato e il futuro.

Tutto questo deve includere una relazione terapeutica collaborativa e chiaramente definita, un piano sistemico di superamento delle fobie che mantengono la dissociazione della personalità e l'applicazione ponderata di un approccio sistemico, che implica un lavoro con le parti dissociate, anche nel trattamento dei ricordi traumatici.

Nei pazienti con disturbo da uso di sostanze la terapia cognitivo-comportamentale risulta utile nell'acquisizione da parte dei pazienti di determinate abilità al fine di riconoscere e ridurre il rischio di ricaduta, mantenere l'astensione e migliorare l'autoefficacia. Gli individui imparano ad identificare quegli elementi, del tutto personali, che li portano ad assumere sostanze; gli vengono, inoltre, insegnate concretamente nuove abilità e strategie di coping per contrastare la dipendenza. Il lavoro che i pazienti effettuano sull'analisi degli elementi di innesco, sul decidere di utilizzare strategie orientate al recupero e sul "gioco di ruolo" circa situazioni e risposte ad alto rischio, li rendono sempre più sicuri di sé e di riuscire a resistere all'urgenza della sostanza.

D'altra parte uno degli strumenti d'elezione per il trattamento dei vissuti traumatici e di problematiche legate allo stress (soprattutto allo stress traumatico) corrisponde all'approccio terapeutico dell'EMDR (dall'inglese Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari): nel trattamento delle dipendenze da sostanze con l'EMDR non si elaborano e risolvono esclusivamente i traumi che possono soggiacere alla dipendenza stessa, ma anche le risorse, le sensazioni di astinenza e tutti quei comportamenti che si relazionano in qualche modo con il disturbo. La sostanza assume il ruolo di regolazione emotiva e collabora nel diminuire la sensazione di non avere controllo sugli

eventi. In questo senso, la sostanza psicoattiva diviene una difesa contro, ad esempio, il non pensare ed il non ricordare l'evento traumatico carico di conseguenze insopportabili e sentimenti negativi.

Conclusioni

La storia di E. si caratterizza per quello che Porges ha definito il fallimento del codice d'amore neurale, come risultante di una mancata sintonizzazione nel sistema di attaccamento in età precoce; il fallimento del coinvolgimento sociale ha portato, quindi, all'attivazione delle difese meno evolute e a sviluppare un senso di insicurezza e sfiducia profondi.

Con l'utilizzo delle sostanze psicoattive E. ricerca sia una regolazione dei propri stati emotivi sia una difesa contro il non pensare ed il non ricordare i vissuti traumatici carichi di sentimenti negativi.

Per questo motivo un lavoro psicoterapico ha previsto un lavoro in primis sulla messa in sicurezza della persona, così da metterla nella condizione di essere aiutata; solo successivamente sarà possibile lavorare sulla risoluzione della memoria "congelata" del trauma, sui sentimenti, spesso errati, che la accompagnano e, contemporaneamente, stimolare l'autostima e l'autoefficacia.

Bibliografia

- Bloomfield, M.A., McCutcheon, R.A., Kempton, M., Freeman, T.P., Howes, O. (2019). The effects of psychosocial stress on dopaminergic function and the acute stress response. *eLife*, 8.
- Caretti, V., La Barbera, D. (2005). *Le dipendenze patologiche*. Milano: Raffaello Cortina
- Porges S.W. (2014). *La Teoria Polivagale. Fondamento neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma: Giovanni Fioriti Editore
- Van der Kolk, B.A. (2008). Il disturbo traumatico dello sviluppo: verso una diagnosi razionale per bambini cronicamente traumatizzati. In V. Caretti e G. Craparo (a cura di), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*. Roma: Astrolabio
- Van Der Hart, O. (2024). *Dissociazione da trauma. Una prospettiva neojanetiana*. Milano: Raffaello Cortina
- Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina

Area tematica 16

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE: MODELLI ORGANIZZATIVI INNOVATIVI

16.1

STUDIO ETHYLFREE

Giunipero S., Canicatti M., Raffaelli S., Bussolino L., Romagnolo A., Rosato M., Turco M.C.*

ASL AT ~ ASTI ~ Italy

UN MODELLO DI MEDICINA DI PROSSIMITÀ PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA DEI PAZIENTI CON DISTURBO DA USO DI ALCOL E FRAGILITÀ SOCIALE NELL'ASL AT

Background

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) è una patologia cronica e recidivante, caratterizzata da un pattern disfunzionale di assunzione di alcol che comporta compromissione clinicamente significativa (1,2). La diagnosi si basa sui criteri del DSM-5, che includono craving, perdita di controllo, tolleranza, astinenza e conseguenze fisiche, psicologiche e sociali.

È caratterizzato dalla ricerca compulsiva di bevande alcoliche, assuefazione e tolleranza, con consumo di quantità sempre maggiori. L'interruzione brusca dell'assunzione può causare una sindrome da astinenza con sintomi quali tachicardia, tremori, nausea, vomito, agitazione, allucinazioni e convulsioni, spesso richiedendo ospedalizzazione.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2024 l'alcol ha causato circa 2,6 milioni di decessi a livello globale, rappresentando il 4,7% di tutte le morti, con una prevalenza tra gli uomini. Nella Regione Europea dell'OMS, il consumo medio annuo pro capite di alcol è di 9,5 litri di alcol puro, il più elevato a livello mondiale. L'alcol è attualmente responsabile direttamente dell'8,8% delle morti totali nella Regione

Europea e dell'insorgenza di oltre 200 patologie (5), incluse sette tipi di cancro, disturbi neuropsichiatrici, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e alcune malattie infettive. Le conseguenze comprendono sia malattie croniche non trasmissibili (NCD), come i tumori e le malattie metaboliche, sia eventi acuti violenti, tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali.

In Italia, nel 2021, si sono registrati oltre 1.348 decessi attribuibili all'alcol (14), tra la popolazione di età pari o superiore a 15 anni, con una prevalenza maschile dell'80% (1.072 uomini e 276 donne). Le principali cause di morte alcol-correlate includono epatopatie alcoliche e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol. Nel 2022, circa l'80% degli accessi al pronto soccorso con diagnosi alcol-correlata in Italia riguardava cittadini italiani.

Nel 2020, i servizi italiani hanno preso in carico 64.527 soggetti con DUA (14). Il 22,9% erano nuovi utenti, mentre il restante era già in trattamento o rientrato dopo una sospensione. I trattamenti includevano interventi medico-farmacologici (32,0%), counseling (25,7%), gruppi di auto/mutuo aiuto (3,6%), trattamenti socio-riabilitativi (16,6%), inserimenti in comunità residenziali o semiresidenziali (3,0%) e psicoterapia (13,1%). Il ricovero ha riguardato il 3,2%. Le attività relative al DUA hanno coinvolto 4.887 unità di personale sanitario, tra cui infermieri (27,4%), medici (22,4%) e psicologi (16,8%). Tuttavia, va tenuto presente che solo circa il 10% dei pazienti con Disturbo da Uso di Alcol (DUA) in Italia è inserito in un percorso terapeutico.

La gestione del DUA richiede un approccio multidisciplinare che coinvolge livelli medico, farmacologico, assistenziale, psicoterapeutico, educativo e sociale. Il percorso terapeutico comprende ricovero, disintossicazione, terapia farmacologica, riabilitazione alcolologica, psicoterapia, percorsi ambulatoriali, assistenza ed educazione sanitaria, assistenza sociale e accompagnamento educativo, conduzione o affiancamento a gruppi di mutuo auto aiuto, inserimenti in comunità terapeutiche o in programmi territoriali, programmi inviati dalla prefettura e tribunali, attivazione di progetti di rete con le diverse risorse del territorio, reinserimento e riabilitazione sociale con i servizi pubblici (14,15).

Sebbene la presa in carico comprenda idealmente anche i caregiver, molti pazienti, dopo anni di trattamenti, si ritrovano in situazioni di isolamento sociale e familiare a causa dei comportamenti distruttivi dovuti all'alcol, con ripercussioni negative sull'aderenza terapeutica. Per affrontare queste sfide, è stato progettato un intervento che prevede la stretta collaborazione tra i Servizi per le Dipendenze e i servizi territoriali (es: Case della Salute) per garantire l'aderenza alla

terapia e il controllo delle condizioni cliniche in pazienti privi di caregiver e non automuniti. Una raccolta preliminare di dati ha indicato un potenziale miglioramento dell'aderenza terapeutica nei pazienti sottoposti a monitoraggio ravvicinato. Tuttavia, è necessaria un'analisi rigorosa e prolungata nel tempo per confermare tali evidenze e valutare le ricadute sul carico assistenziale e sulla soddisfazione percepita da parte di pazienti e operatori sanitari.

Obiettivi

Lo studio ETHYLFREE prende in considerazione pazienti con D.U.A, che risiedono sul territorio astigiano, senza caregiver, non automuniti che devono essere monitorati rispetto all'aderenza terapeutica ed essere sottoposti a stretto monitoraggio delle condizioni cliniche sul territorio.

Il paziente con D.U.A, in regime di autogestione domiciliare, incorre principalmente nel rischio di craving ossia il desiderio impulsivo di bere alcolici che sostiene il comportamento "addittivo" e la compulsione, finalizzati ad arrivare al soddisfacimento del desiderio.

Il craving può essere scatenato da fattori, situazioni, persone associate al bere, elementi che svolgono il ruolo "trigger", cioè "grilletto", innescando un meccanismo compulsivo (7,9).

Lo studio ETHYLFREE si propone di verificare l'efficacia e la fattibilità di un modello di presa in carico territoriale e integrata per verificarne l'efficacia, le ricadute sui i pazienti in termini di presa in carico, qualità di vita, aderenza terapeutica e le ricadute sui carichi di lavoro per gli operatori, confrontando pazienti Senza Care Giver - SCG (GRUPPO A) supportati dagli infermieri del territorio versus pazienti con Care Giver - CG (GRUPPO B).

Medicina di prossimità e rete dei servizi

Il modello ETHYLFREE si fonda sul concetto di "medicina di prossimità", un approccio che mira ad avvicinare il sistema sanitario al cittadino, superando le barriere logistiche, relazionali e culturali (2,10,11,14). Nella provincia di Asti, dove molti pazienti vivono in piccoli centri o in condizioni di isolamento, questo approccio si concretizza attraverso l'utilizzo delle Case della Salute, presidi territoriali che integrano assistenza infermieristica, medica e specialistica in un contesto di collaborazione multidisciplinare.

La presa in carico condivisa tra il SerD e le Case della Salute rappresenta un elemento chiave del protocollo. Ogni paziente è sostenuto da una rete di professionisti che condividono informazioni cliniche, pianificano interventi mirati e monitorano l'andamento terapeutico attraverso strumenti condivisi.

L'arruolamento, iniziato il 01/08/2023 previsto per almeno 48 mesi ed è di tipo consecutivo (1:1) e pianificato presso il SerD. Ad ogni paziente viene attribuito un codice identificativo (SCG1, CG1, etc) e tutti i dati raccolti sono completamente anonimizzati per tutelare la privacy.

Metodi

L'intervento è rivolto a pazienti affetto da Disturbo da Uso di Alcol (D.U.A) in terapia con Disulfiram e Baclofene.

Il Disulfiram (Antabuse®, Etilox®) è un medicinale che interferisce con il metabolismo dell'alcol causa il manifestarsi di sintomi sgradevoli durante l'assunzione dell'alcol e pertanto tale medicinale viene utilizzato come coadiuvante nel percorso riabilitativo.

Il Baclofene è agonista del recettore dell'acido gamma-aminobutirrico B (GABA B), è attualmente utilizzato per il controllo della spasticità nelle sindromi neurologiche. Dati preliminari hanno evidenziato l'efficacia di Baclofene nella riduzione del craving (4,15).

GRUPPO A: Pazienti senza caregiver e non automuniti (SCG)

La prima somministrazione del farmaco avviene presso il servizio SerD mentre le seguenti nella Casa della Salute competente per territorio.

Il personale infermieristico della Casa della Salute viene informato la settimana precedente la presa in carico attraverso una breve relazione che descrive le caratteristiche cliniche e sociali del paziente.

È previsto che gli infermieri della Casa della Salute informino i colleghi del SerD anche della mancata presentazione del paziente.

Sono programmati inoltre reports la prima settimana e in seguito mensili tramite e-mail che riportano gli accessi effettuati ed eventuali criticità. Il lunedì (dopo autogestione della terapia a domicilio nel fine settimana) l'infermiere della casa della salute compila un breve scheda di Triage che permette di raccogliere dati sulle condizioni psicofisiche del paziente e sulla compliance al momento della consegna della dose di farmaco (Allegato A).

Il lunedì il paziente compila il self report sulla sua percezione di qualità di vita PANAS-SF e sulla presenza di craving (post autogestione farmacologica) (Allegato B). L'ultimo venerdì del mese sia l'infermiere che il paziente compilano il questionario di

- qualità assistenziale percepita (paziente) (Allegato C).
- qualità assistenziale erogata/ relazione paz (infermiere) (Allegato D).

GRUPPO B (gruppo controllo) Pazienti con caregiver (CG). Terapia consegnata al care giver che verifica l'assunzione terapia.

Il lunedì il paziente compila il self report sulla sua percezione di qualità di vita PANAS-SF e sulla presenza di craving che consegnerà al personale del SerD al ritiro della successiva terapia (Allegato B).

Il questionario Self Report PANAS-SF (Watson et al., 1988) è uno degli strumenti validati più utilizzati per valutare l'autopercezione di benessere delle persone (6). Il PANAS misura due dimensioni distinte e indipendenti: percepito positivo e percepito negativo. Il soggetto deve valutare quanto si sente generalmente nel modo descritto dall'aggettivo, rispondendo su una scala Likert a 5 punti (1= per nulla, 2= poco, 3= moderatamente, 4= abbastanza, 5= molto). Esempi di aggettivi sono "interessato", "entusiasta", "deciso", "angosciato", "ostile" e "nervoso".

La versione originale è stata sviluppata e validata da Watson, Clark e Tellegen nel 1988 e possiede proprietà psicometriche eccellenti: il coefficiente di consistenza interna della sottoscala PA varia da .86 a .90 e quello della sottoscala NA varia da .84 a .87.

Il questionario è composto da 20 aggettivi, 10 per la scala di percepito positivo (PA) e 10 per la scala di percepito negativo (NA).

Raccolta dati: La raccolta dati è integrata nella documentazione clinico-assistenziale e comprende:

- Dati anagrafici e codice identificativo del paziente.
- Diagnosi e terapia farmacologica.
- Indicatori di compliance (frequenza, autovalutazioni, compilazione corretta dei questionari).
- Eventuali ricadute (mancata assunzione, ripresa del consumo di alcol).

Tali informazioni vengono organizzate in schede cliniche dedicate e utilizzate ai fini dell'analisi qualitativa e quantitativa del progetto.

Analisi dei raccolti

Sono stati finora arruolati 6 pazienti (3 per gruppo), con età compresa tra 39 e 57 anni. Il campione è composto da cittadini italiani e stranieri, con storie di DUA di lunga durata (oltre 10 anni). Alcuni pazienti presentano anche comorbidità psichiatriche o dipendenze multiple (gioco d'azzardo). Inizio raccolta dati 30/10/2023 termine 03/06/2024.

Questionari compilati (20 settimane di osservazione) Nel gruppo A, i pazienti hanno mostrato un elevato grado di partecipazione:

- Paziente SCG1: 13 PANAS-SF, 16 schede infermieristiche.
- Paziente SCG2: 16 PANAS-SF, 16 schede infermieristiche.

SCG= senza care giver	età	Sesso	nazionalità	Tempo dipendenza alcol	Da quanto seguito dal servizio	diagnosi	terapia	compliance	ricadute
Paz 1 SCG	40	M	romeno	11 anni gioco d'azzardo poi alcol	2016	Gep + alcol	esilone	Ok non beve ma gioca. Comunità 03/05/2023	no
Paz 2 SCG	56	M	italiano	12 anni	2005	dua	Lagunetti, assegnato 5, lyrica 75, valitron per evitare da bad relase per ricovero in RSA per itumera	Ok, non beve	no
Paz 3 SCG	57	M	italiano	24 anni	2021	dua	Esilone + glib	Ok non beve	no

CG= con care giver	età	Care giver	Sesso	nazionalità	Tempo dipendenza alcol	Da quanto seguito dal servizio	diagnosi	terapia	compliance	ricadute
Paz 1 CG	52	marito	F	romeno	14 anni	2022	dua	esilone	no	Ricadute 2023 e stralun 2024
Paz 2 CG	39	madre	M	italiano	14 anni	2023	dua	esilone + glib	ok	no
Paz 3 CG	57	figlia	F	italiano	> 30 anni	2011	dua	esilone	ok	no

- Paziente SCG3: 31 PANAS-SF, 30 schede infermieristiche.

Totale gruppo A: 60 PANAS-SF e 62 schede infermieristiche.

Nel gruppo B:

- Paziente CG1: 20 PANAS-SF.
- Paziente CG2: 11 PANAS-SF.
- Paziente CG3: 7 PANAS-SF.

Totale gruppo B: 38 PANAS-SF.

Totale complessivo: 98 PANAS-SF e 62 schede infermieristiche, per un totale di 160 strumenti compilati.

Gruppo	Paziente	Questionari PANAS-SF	Schede Infermieristiche
A	SCG1	13	16
A	SCG2	16	16
A	SCG3	31	30
	Totale Gruppo A	60	62
B	CG1	20	-
B	CG2	11	-
B	CG3	7	-
	Totale Gruppo B	38	-
	Totale complessivo	98	62

Analisi del craving e degli stati affettivi

Nei pazienti del gruppo A si è osservata una riduzione del craving, accompagnata da un aumento degli stati affettivi positivi (entusiasmo, determinazione) e una diminuzione di quelli negativi (irritabilità, ansia). I pazienti del gruppo sperimentale infatti hanno descritto la presa in carico come più protettiva, vicina e rassicurante, sentendosi maggiormente seguiti e sostenuti.

Nel gruppo B, l'andamento è risultato più irregolare. In particolare, una paziente ha presentato due ricadute nel corso dell'anno, associate a fluttuazioni degli indici PANAS.

Gli infermieri coinvolti hanno valutato il protocollo come fattibile, utile e organizzativamente sostenibile, sottolineando il rafforzamento del lavoro di rete tra SerD e Case della Salute.

Nel contesto della presa in carico integrata dei pazienti affetti da DUA, l'infermiere riveste un ruolo cruciale nella valutazione precoce e sistematica del craving, parametro fondamentale per orientare le decisioni terapeutiche. Attraverso strumenti pertinenti e una relazione costante con l'utente, l'infermiere è in grado di rile-

vare tempestivamente l'intensità del desiderio compulsivo di bere e di monitorarne l'andamento nel tempo. Questa competenza si traduce in un contributo determinante nella pianificazione di un progetto assistenziale condiviso tra il Servizio per le Dipendenze (SerD) e il servizio territoriale (es. Casa della Salute), promuovendo continuità, aderenza terapeutica e personalizzazione dell'intervento. I risultati del progetto pilota hanno evidenziato un'ottima fattibilità operativa e un'elevata compilazione delle schede di monitoraggio richieste per lo studio, grazie alla presenza costante dell'infermiere nel percorso assistenziale. Da segnalare anche che i pazienti appartenenti al gruppo senza caregiver hanno compilato un numero significativamente maggiore di schede PANAS rispetto al gruppo di confronto, suggerendo che l'interazione più presente con gli infermieri abbiano stimolato la partecipazione. Il ruolo infermieristico e le implicazioni assistenziali. Nel contesto dello studio ETHYLFREE, l'intervento infermieristico ha rappresentato uno degli elementi fondanti e innovativi della presa in carico dei pazienti affetti da Disturbo da D.U.A., in particolare nel braccio sperimentale (Gruppo A) in cui i pazienti, privi di caregiver, sono stati supportati direttamente dagli infermieri delle Case della Salute.

L'assistenza infermieristica si è articolata in attività regolari, pianificate e condivise con il SerD, finalizzate non solo alla somministrazione dei farmaci ma soprattutto alla valutazione continuativa delle condizioni psico-fisiche, alla motivazione terapeutica e all'educazione sanitaria del paziente.

Ogni lunedì, all'atto della consegna della terapia, l'infermiere eseguiva un triage infermieristico semi strutturato, basato su una scheda di osservazione clinica, che monitorava parametri chiave della condizione del paziente, tra cui:

- stato igienico e cura personale (vestizione adeguata, igiene generale),
- comportamento collaborativo e contatto visivo,
- presenza di alito etilico o aromatico (suggerivo possibile ricaduta),
- verbalizzazione di eventuali effetti collaterali o disagio,
- compliance farmacologica (verifica assunzione dosi precedenti).

Tali dati, registrati in forma standardizzata, hanno permesso una tracciabilità settimanale dell'evoluzione clinica e hanno facilitato l'identificazione precoce di criticità o rischi di ricaduta.

L'infermiere ha inoltre svolto un ruolo attivo nella relazione educativa e motivazionale, promuovendo:

- counseling individuale in ogni incontro,
- rafforzamento della consapevolezza sui rischi del

craving,

- supporto all'autoefficacia del paziente nel mantenere l'astinenza,
- rinforzo positivo dell'impegno e dei miglioramenti osservati.

In una logica di progetto assistenziale condiviso, l'infermiere si è fatto ponte tra territorio e SerD, comunicando settimanalmente gli esiti del triage e degli incontri, consentendo al team multidisciplinare di aggiornare costantemente il piano di cura. Questa sinergia ha garantito una presa in carico protettiva, flessibile e personalizzata, anche in assenza di un caregiver familiare.

L'intervento ha inoltre rappresentato una valorizzazione concreta del ruolo professionale dell'infermiere, come figura chiave nella continuità terapeutica, nella prevenzione delle ricadute e nel rafforzamento dell'alleanza terapeutica.

Conclusioni

Il progetto ETHYLFREE ha dimostrato, anche se solo in una fase preliminare, la fattibilità e l'efficacia di un modello integrato basato sulla medicina di prossimità. L'elevata aderenza dei pazienti, la stabilità clinica osservata e il miglioramento degli stati affettivi nei pazienti più fragili confermano che una rete territoriale attiva e solidale può supplire all'assenza di un caregiver, garantendo continuità terapeutica e protezione. La collaborazione tra servizi e il monitoraggio infermieristico territoriale si configurano come elementi chiave per garantire aderenza terapeutica, protezione e dignità a questi pazienti.

Alla luce dell'esiguità del campione arruolato, va tuttavia sottolineata la rilevanza del periodo di osservazione, pari a >30 settimane, che conferisce solidità temporale ai dati raccolti e consente una valutazione più significativa della tenuta assistenziale nel tempo. L'ampliamento del campione permetterà di consolidare l'efficacia del modello ETHYLFREE e, si auspica, di promuoverne l'adozione in altri contesti territoriali, contribuendo alla costruzione di un sistema sanitario più vicino, equo e centrato sulla persona.

ALLEGATO A



SCHEDA TRIAGE

STUDIO ETHILFREE



ALLEGATO A

Unità Territoriale di _____ Cod Paziente _____ Data _____

FISICO	CURA DELLA PERSONA	si ☐	no ☐	na ☐
	Pulito/a Pettinato/a	si ☐	no ☐	na ☐
COGNITIVO	ABBIGLIAMENTO	si ☐	no ☐	na ☐
	Coerente Pulito	si ☐	no ☐	na ☐
COMPORTAMENTALE	Eloquio chiaro e fluente	si ☐	no ☐	na ☐
	Orientato nel tempo e nello spazio Movimenti coordinati	si ☐	no ☐	na ☐
SEGNISINTOMI	Disponibile	si ☐	no ☐	na ☐
	Collaborativo Aggressivo Polemico	si ☐	no ☐	na ☐
	Tremori	si ☐	no ☐	na ☐
	Agitazione Disorientamento/confusione Alito aromatico	si ☐	no ☐	na ☐

Da chiedere al paziente prima di consegnare i farmaci:
Assunzione Alcol nelle ultime 24 H si ☐ no ☐

ALLEGATO C

SCHEDA SODDISFAZIONE DELL'INFERMIERE

Unità territoriale di _____ Data _____

L'utente si presenta agli appuntamenti?

Moltissimo Per nulla

E' collaborativo per la raccolta delle informazioni?

Moltissimo Per nulla

E' collaborativo per l'assunzione della terapia?

Moltissimo Per nulla

Il paziente è educato ed assertivo nei confronti degli operatori?

Moltissimo Per nulla

studio ETHILFREE

ALLEGATO B

QUESTIONARIO PANAS-SF

Utente _____ data _____

Indica quanto ti sei sentito/a in questo modo nell'ultima settimana

	PER NULLA	POCO	IN MODO MODERATO	ABBASTANZA	MOLTO
PANAS 1					
PANAS 2					
PANAS 3					
PANAS 4					
PANAS 5					
PANAS 6					
PANAS 7					
PANAS 8					
PANAS 9					
PANAS 10					
PANAS 11					
PANAS 12					
PANAS 13					
PANAS 14					
PANAS 15					
PANAS 16					
PANAS 17					
PANAS 18					
PANAS 19					
PANAS 20					

INDICA QUANTO BISOGNO HAI PERCEPITO DI BERE ALCOLICI

PER 0 2 4 6 8 10 MOLTISSIMO

NULLA

studio ETHILFREE

ALLEGATO D

SCHEDE SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ Data _____

E' stato facile accedere alla struttura?



Moltissimo

Per nulla

Il personale infermieristico è stato gentile e disponibile?



Moltissimo

Per nulla

Gli infermieri hanno fornito informazioni chiare?



Moltissimo

Per nulla

E' stata tutelata la riservatezza e la privacy?



Moltissimo

Per nulla

studio ETHYLFREE

16.2

**PROGETTO CINE-SERD
SERD VIGEVANO (PV)****Aita N.*, Messina S.***ASST Pavia ~ Vigevano ~ Italy*

Il progetto "Cine-SerD" propone il cineforum come spazio terapeutico e sociale per pazienti in carico al SerD, favorendo riflessione, empatia, dialogo e partecipazione all'interno del percorso di cura.

Introduzione

Nel contesto dei servizi per le dipendenze, la necessità di strumenti capaci di stimolare la riflessione e la condivisione in maniera accessibile e coinvolgente è particolarmente sentita. Il progetto "Cine-SerD" nasce nel 2023 con l'obiettivo di offrire ai pazienti un'attività strutturata basata sulla visione condivisa di film, seguita da momenti di discussione.

Materiali e metodi

L'attività si è svolta con cadenza mensile presso la sede del SerD di Vigevano, dalle ore 14:30 alle 17:00. Ogni incontro prevedeva la proiezione di un film selezionato in base a tematiche coerenti con il vissuto degli utenti (tossicodipendenza, disagio psichico, dipendenze comportamentali, marginalità sociale, disabilità, ecc.), seguita da una discussione aperta mediata dagli operatori del servizio. Alla fine del ciclo è stato somministrato un questionario anonimo di gradimento.

Risultati

La partecipazione è stata numerosa e costante. I pazienti hanno dimostrato puntualità, attenzione e un alto grado di coinvolgimento emotivo e relazionale. Dalle valutazioni raccolte tramite i questionari è emersa una percezione fortemente positiva dell'attività, giudicata utile, interessante e arricchente sia sul piano personale che relazionale. L'interazione con gli operatori sociali durante le discussioni ha rafforzato il legame terapeutico e favorito la costruzione di un clima di fiducia.

Discussione

Il cineforum si è confermato uno strumento efficace per facilitare l'espressione di vissuti complessi e promuovere dinamiche di gruppo positive. Il linguaggio

cinematografico, per sua natura accessibile ed emotivamente coinvolgente, si è rivelato un mediatore potente per affrontare temi delicati in modo indiretto ma incisivo. Inoltre, la possibilità di condividere pensieri e vissuti attraverso la narrazione filmica ha favorito lo sviluppo dell'empatia e del senso di appartenenza al gruppo.

Sostenibilità economica e coinvolgimento attivo

Il progetto è stato realizzato a costo zero per l'azienda: i film sono stati messi a disposizione dagli operatori referenti oppure selezionati tra quelli disponibili gratuitamente su piattaforme online accessibili. Tale approccio ha garantito la sostenibilità economica dell'iniziativa. Inoltre, un ulteriore obiettivo prefissato è stato quello di coinvolgere attivamente anche i pazienti nella selezione dei titoli da proiettare così da favorire un maggiore senso di appartenenza e corresponsabilità nel progetto.

Conclusioni

Visti i risultati positivi e l'apprezzamento dei partecipanti, il progetto verrà riproposto come attività ergoterapica permanente all'interno del servizio, con l'intento di coinvolgere nuovi pazienti e ampliare la partecipazione di altre figure professionali del servizio. Il Cine-SerD rappresenta una buona prassi replicabile e adattabile ad altri contesti, con potenzialità di sviluppo anche in chiave riabilitativa e comunitaria.

16.3

PROGETTO EDUCARE IN RETE: UN MODELLO INTEGRATO DI INTERVENTO TRA PUBBLICO E PRIVATO SOCIALE

Fuga M.*, Fantuz V.

Dipartimento per le Dipendenze, AULSS 2 Marca Trevigiana ~ Conegliano ~ Italy

Il Progetto EduCARE in Rete nasce dalla sinergia tra Dipartimento Dipendenze Ulss 2 e Privato Sociale, con l'obiettivo di offrire interventi clinici ed educativi integrati per minori, giovani, famiglie e adulti lungo assistiti. La co-progettazione garantisce risposte innovative, trasversali e omogenee nei tre distretti territoriali. Progetto EduCARE in RETE: Un modello integrato di intervento tra Pubblico e Privato Sociale Assistente Sociale dott.ssa Valentina Fantuz e Educatore Professionale dott.ssa Marina Fuga Dipartimento per le Dipendenze Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana

1. Introduzione e contesto

Negli ultimi anni i Servizi per le Dipendenze hanno registrato una trasformazione significativa nei bisogni dell'utenza. Se in passato l'attenzione era concentrata prevalentemente sulle dipendenze da sostanze classiche, oggi emergono problematiche nuove che coinvolgono fasce di popolazione più ampie e differenziate, come minori e giovani vulnerabili, famiglie fragili e adulti in condizioni di cronicità. Per rispondere a queste sfide con un approccio innovativo, integrato e trasversale, il Dipartimento per le Dipendenze dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, insieme al Privato Sociale del territorio, ha avviato il progetto EduCARE in Rete. Il progetto, inserito nel Piano Triennale per le Dipendenze 2021-2023 e in coerenza con la DGR n. 911/2020 e la DGR n. 317/2022, è stato formalizzato con delibera aziendale n. 1979 del 14 ottobre 2021 ed è operativo dal 21 ottobre 2021.

Alla co-progettazione hanno preso parte un gruppo di lavoro formato dal Direttore FF del Dipartimento Dipendenze dott.ssa Eva D'Incecco (in qualità di responsabile del progetto), le Assistenti Sociali dott.ssa Donatella Barbon, dott.ssa Claudia Bacchin, dott.ssa Valeria Dalle Vedove e l'Educatore Professionale dott.ssa Clorinda Paolin e un rappresen-

tante di ciascun Ente del Terzo Settore (ETS) del territorio, delle quali noi ci facciamo portavoce.

Il progetto nasce in un contesto caratterizzato da un uso sempre più precoce di sostanze psicoattive tra giovani e minori, comorbilità con altre forme di dipendenza, incremento dei pazienti lungo-assistiti e crescente necessità di interventi terapeutico-educativi personalizzati e diversificati. Queste dinamiche rendono strategica la costruzione di una filiera di interventi integrata, in grado di rispondere ai bisogni emergenti dei diversi target di utenza.

2. Bisogni e target di riferimento

Il progetto EduCARE si rivolge principalmente a due gruppi: minori, giovani e famiglie, e adulti lungo-assistiti, accomunati dalla necessità di interventi integrati e personalizzati.

Per quanto riguarda minori, giovani e famiglie, l'intervento si concentra sulla prevenzione e sul sostegno precoce, con particolare attenzione al drop-out scolastico, al ritiro sociale, ai comportamenti devianti e all'uso di sostanze. L'obiettivo è accompagnare la presa in carico, attivare la rete territoriale e sostenere i nuclei familiari, rafforzandone la capacità di affrontare le problematiche dei propri congiunti. All'interno di questo target sono stati individuati tre profili principali: i minori e giovani al primo approccio con le sostanze, da agganciare e accompagnare al Servizio specialistico; quelli con situazioni socio-sanitarie complesse, difficili da inserire in percorsi ambulatoriali o residenziali; e quelli in reinserimento post-comunitario, che necessitano di supporto scolastico, familiare e sociale. Le famiglie, a loro volta, richiedono strumenti per comprendere, gestire e supportare il percorso di cura dei propri figli, migliorando le dinamiche comunicative e relazionali.

Gli adulti lungo-assistiti si caratterizzano per marginalità, fragilità sanitaria, deterioramento delle competenze sociali e rischio di isolamento. Gli interventi a loro rivolti mirano a mantenere lo stato di salute e le abilità residue, prevenire ricadute, contrastare la marginalità psicosociale estrema e supportare la gestione della quotidianità nel contesto domiciliare e sociale.

3. Finalità e obiettivi del progetto

L'obiettivo generale è la creazione di una filiera di interventi clinici ed educativi che renda più efficiente ed efficace il sistema di presa in carico delle dipendenze su tutto il territorio.

In particolare, il progetto si propone di:

- garantire un protocollo omogeneo di intervento nei tre Distretti dell'ULSS 2;
- rispondere in modo mirato alle necessità emergenti

dei diversi target;

- promuovere inclusione sociale e contrastare isolamento e marginalità;
- favorire una collaborazione stabile e strutturata tra Servizio Pubblico e Privato Sociale;
- costituire un'esperienza pilota replicabile come modello di eccellenza.

Obiettivi specifici

Per minori, giovani e famiglie:

- intercettare precocemente situazioni di rischio (drop-out scolastico, ritiro sociale, devianza, uso di sostanze);
- promuovere pensiero critico e consapevolezza sulle dipendenze;
- accompagnare al reinserimento scolastico o lavorativo;
- sviluppare life-skills e autonomie;
- favorire socializzazione e interessi ricreativi;
- sostenere la comunicazione e le relazioni familiari.

Per adulti lungo-assistiti:

- contenere isolamento, marginalità e rischio di ricadute;
- gestire la cronicità semplice e complessa;
- stimolare cura di sé e igiene personale;
- supportare la gestione economica e del tempo libero;
- favorire partecipazione attiva e protagonismo positivo;
- accompagnare verso autonomie congrue al contesto di vita.

4. Metodo e approccio progettuale

Il progetto si fonda su un modello di co-progettazione che vede il Pubblico e il Privato Sociale collaborare in modo paritario. Gli attori coinvolti comprendono le cooperative sociali Ce.I.S. di Treviso, Comunità Giovanile di Conegliano, Sonda Onlus di Altivole, Giuseppe Olivotti s.c.s. Onlus di Mira e Piccola Comunità Onlus di Conegliano.

Tra gli strumenti operativi principali si annoverano la Cabina di Regia, deputata a funzioni di governance, indirizzo e monitoraggio, le équipe operative per target, con educatori del Privato Sociale inseriti nei SerD, la formazione congiunta pubblico-privato per uniformare linguaggi e pratiche, la valutazione mediante ICF-Recovery per misurare gli esiti individuali, e l'evento formativo conclusivo del dicembre 2023 per condividere i risultati. L'approccio progettuale si ispira al modello della Recovery, prevedendo percorsi di cura individualizzati che integrano contesto familiare e sociale, con particolare attenzione all'educativa domiciliare e territoriale.

5. Fasi progettuali e percorso di co-progettazione

Il progetto EduCARE è stato sviluppato attraverso un percorso strutturato, che ha previsto diverse fasi operative condivise tra pubblico e privato sociale.

A. Co-progettazione

La fase iniziale ha previsto l'individuazione dei bisogni del territorio e l'analisi delle unità di offerta, cui è seguito l'avvio di tavoli di lavoro congiunti tra pubblico e privato. Attraverso questi incontri sono stati definiti gli obiettivi progettuali, ripartiti i budget in base ai target e stipulato l'accordo di partenariato, con individuazione dell'ente capofila e costruzione del sistema di monitoraggio e valutazione.

Il percorso si è sviluppato in più tappe:

- Piano Triennale per le Dipendenze 2020-2022: la Regione Veneto individua EduCARE come progetto innovativo per l'educativa domiciliare, fondato su approccio di rete e co-progettazione.
- Febbraio 2021: con Delibera 268 viene avviata l'istruttoria pubblica per la raccolta di manifestazioni di interesse da parte del Terzo Settore.
- Marzo-Aprile 2021: valutazione delle candidature e selezione di cinque soggetti del privato sociale (CeIS, Sonda, Comunità Giovanile, Cooperativa Olivotti, Piccola Comunità).
- Maggio-Giugno 2021: formalizzazione del tavolo di co-progettazione pubblico-privato, composto da referenti SerD e partner selezionati. In questa fase sono stati suddivisi i target per Distretto:
 - Treviso: CeIS, entrambi i target;
 - Asolo-Castelfranco: Sonda (lungo assistiti), Olivotti (minori-giovani);
 - Pieve di Soligo: Comunità Giovanile (minori-giovani), Piccola Comunità (lungo assistiti).
- Luglio-Agosto 2021: approfondimento dei bisogni territoriali e delle unità di offerta, definizione della progettualità, ripartizione dei budget, accordo di partenariato e impostazione del sistema di monitoraggio e valutazione.

B. Formazione e autoformazione

In parallelo alla fase di avvio è stata dedicata attenzione alla crescita delle competenze degli operatori, attraverso:

- identificazione dei fabbisogni formativi emersi nelle équipe;
- attività di autoformazione e scambio di buone pratiche tra operatori pubblici e privati;
- supporto di formatori esperti per l'analisi e la valutazione degli interventi.

C. Acquisizione strumenti

Per rendere operative le attività progettuali è stata prevista: la fornitura di materiali e strumenti utili alle attività educative, formative e gestionali e la rendicontazione documentata delle spese sostenute (in linea con gli standard previsti dal partenariato).

D. Individuazione beneficiari

L'accesso degli utenti al progetto è stato regolato da un protocollo unico, con modulistica standardizzata e criteri chiari di priorità, al fine di garantire equità e trasparenza nell'assegnazione degli interventi.

E. PEI/PAI

Per ciascun beneficiario sono stati elaborati Progetti Educativi e Assistenziali Individualizzati, attraverso:

- la costituzione di mini-équipe integrate pubblico-privato per la definizione dei progetti;
- la partecipazione degli educatori del privato sociale all'interno dell'équipe curante SerD;
- il coinvolgimento dei servizi della rete territoriale (scuola, enti locali, associazioni);
- la formalizzazione dei progetti in sede di UVMD.

F. Interventi di educativa domiciliare

L'azione concreta sul territorio si è articolata in attività extra-ambulatoriali nei campi educativo, assistenziale, riabilitativo, di socializzazione e occupazionale. In particolare, gli operatori hanno curato:

- l'analisi delle risorse personali, familiari, sociali e lavorative per predisporre interventi personalizzati;
- l'attivazione di attività ricreative, culturali e occupazionali mirate;
- il sostegno quotidiano agli utenti e alle famiglie, con un approccio di prossimità e continuità.

6. Aree di intervento

Il progetto si articola in diverse aree operative che integrano attività cliniche, educative e sociali, con il coinvolgimento diretto degli educatori del Privato Sociale nelle équipe dei SerD.

A) Educativa domiciliare e di prossimità

Un educatore del Privato Sociale partecipa all'elaborazione del Progetto Educativo e Assistenziale Individuale e garantisce attività di accompagnamento sul territorio, fungendo da collegamento tra servizio, utente e rete sociale.

Per minori, giovani e famiglie:

- lavoro di rete con istituzioni territoriali;
- aggancio relazionale e counseling motivazionale;
- sostegno alla famiglia, promozione delle abilità sociali e del pensiero critico;
- orientamento scolastico e lavorativo, tutoraggio e reinserimento sociale.

Per adulti lungo-assistiti:

- aggancio relazionale e valorizzazione delle risorse personali;
- promozione di stili di vita sani e gestione della salute;
- supporto economico e domestico, preparazione al lavoro e inserimenti occupazionali;

- facilitazione della socializzazione e valorizzazione delle passioni individuali.

Per entrambi i target: sostegno alle attività riabilitative e socio-occupazionali, promozione di attività sportive, culturali e ricreative come fattori protettivi.

B) Area socio-occupazionale

- Monitoraggio economico e rendicontazione spese.
- Corsi di sicurezza sul lavoro (5 corsi con 36 pazienti).
- Incontri per la redazione di curriculum vitae e bilancio competenze (4 incontri, 12 pazienti).
- Avvio di 9 percorsi socio-occupazionali personalizzati, calibrati sui bisogni degli utenti.

C) Attività esperienziali e riabilitative

Montagnaterapia: percorsi di arrampicata sportiva e attività outdoor volti a favorire lo sviluppo dell'identità e delle competenze personali. Nel 2022, n. 12 partecipanti hanno seguito un modulo di montagnaterapia. Nel 2023, si sono tenute due edizioni con una media di n. 11 iscritti.

Immagine 1. *Montagnaterapia 1*



Immagine 2. *Montagnaterapia 2*



RiCreArti: attivo da settembre 2019 nel Distretto di Treviso, ha coinvolto 79 partecipanti fino al 2023. Basato sull'approccio di Recovery, il progetto promuove il coinvolgimento attivo dei pazienti nel loro percorso riabilitativo attraverso attività sociali e ricreative, uscite culturali, attività artistiche e incontri di gruppo settimanali per il confronto sugli obiettivi di benessere. Nella fase sperimentale, ha coinvolto n. 14 pazienti e n. 3 familiari, mostrando un interesse del 70% per la continuazione delle attività, manifestando un aiuto a combattere la solitudine e a recuperare autostima. Attualmente, a ottobre 2024, i partecipanti sono distribuiti in vari distretti: n. 23 a Treviso, n. 23 a Conegliano, n. 16 a Oderzo e n. 9 a Castelfranco. Il progetto si basa su modelli di umanizzazione delle cure e terapia esperienziale, rivolgendo le sue attività a utenti adulti in fase avanzata di riabilitazione, che possono anche non essere totalmente astinenti. Tra gli obiettivi: il coinvolgimento attivo dei partecipanti, il loro empowerment e la possibilità di autogestire le iniziative. Si prevede la creazione di un'associazione di pazienti e familiari per gestire gli aspetti amministrativi.

Immagine 3. RiCreArti



Immagine 4. RiCreArti Attività



7. Valutazione, monitoraggio e governance

Il progetto EduCARE risponde alle indicazioni della Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze 2021, che sottolinea la necessità di

ottimizzare i processi di valutazione nei percorsi di cura, aggiornare gli indicatori di esito e formare il personale all'utilizzo dello strumento ICF Dipendenze.

Strumenti adottati:

- ICF-Recovery, per valutare gli esiti individuali e monitorare i progressi riabilitativi;
- piattaforma GEDI, che consente la gestione condivisa dei dati tra Privato Sociale ed équipe cliniche;
- valutazione del cambiamento culturale e organizzativo generato dall'integrazione pubblico-privato.

I risultati di questa attività di valutazione sono stati condivisi durante l'evento formativo del 5 dicembre 2023.

Monitoraggio e valutazione:

Il monitoraggio dei percorsi individuali è costante, con incontri periodici e verifica dei Progetti Educativi e Assistenziali Individuali (PEI/PAI).

La valutazione degli esiti è quadrimestrale nel primo anno di attuazione e trimestrale negli anni successivi, con possibilità di ridefinire obiettivi e azioni in base ai bisogni emergenti.

Ogni percorso prevede una restituzione annuale sugli esiti raggiunti in termini di cambiamento e qualità della presa in carico.

Rendicontazione:

- le ore degli operatori sono verificate dall'équipe curante e convalidate dal Referente SerD e dal Responsabile di progetto;
- le spese delle cooperative/associazioni sono rendicontate all'ente capofila, che a sua volta inoltra la richiesta di rimborso all'ULSS 2 dopo supervisione;
- le scadenze di rendicontazione sono quadrimestrali nel primo anno e trimestrali nei due successivi;
- l'ente capofila accredita le somme alle cooperative e comunica agli uffici amministrativi ULSS e al Referente del progetto.

Governance

La governance del progetto si fonda su una struttura condivisa tra pubblico e privato:

- Cabina di regia: composta dai referenti SerD e dai soggetti del privato sociale, con funzione di monitoraggio trimestrale, verifica tecnico-economica e ridefinizione dei bisogni e degli obiettivi.
- Équipe operative: dedicate ai singoli target, con incontri mensili nel primo anno e modalità di lavoro condivise negli anni successivi.
- UVMD (Unità Valutativa Multidimensionale): formalizzazione dei progetti individualizzati con la partecipazione di SerD, privato sociale, enti locali e altri servizi territoriali.

8. Risultati e impatti

L'attuazione del progetto ha prodotto diversi esiti positivi:

- miglioramento della presa in carico precoce dei minori e giovani;
- maggiore continuità e stabilità negli interventi con adulti lungo-assistiti;
- aumento delle opportunità socio-occupazionali;
- consolidamento di una rete territoriale Pubblico-Privato capace di rispondere ai bisogni complessi;
- crescita del protagonismo degli utenti, grazie a progetti di Recovery e attività di empowerment.

Tra i punti di forza si individuano:

- Cabina di Regia come organismo decisionale innovativo, trasferibile anche in altri contesti;
- rete di partner solidamente coinvolta lungo il triennio;
- passaggio culturale da logiche di "competizione" a modalità di collaborazione;
- interventi flessibili e adattati ai bisogni dei target;
- governance della spesa consolidata, con rendicontazione trimestrale;
- presenza sistematica degli educatori nelle équipes cliniche;
- capacità di osservare utenti in contesti quotidiani, intercettando bisogni latenti.

Mentre si rilevano le seguenti criticità:

- necessità di maggiore competenza in co-progettazione e governance della spesa;
- approccio flessibile richiesto per giovani e famiglie non sempre facilmente applicabile;
- pianificazione territoriale e monte ore operatori da ottimizzare;
- aggiornamento continuo dei bisogni dei SerD;
- implementazione sistematica della valutazione ICF-Recovery a livello di processo.

9. Cambiamenti osservati

Il progetto EduCARE ha determinato un cambiamento culturale e organizzativo significativo, segnando il passaggio da un approccio centrato sulla prestazione a uno fondato su collaborazione e co-responsabilità. Si è consolidata l'integrazione tra pubblico e privato, con la realizzazione di progetti individualizzati e flessibili. EduCARE si è inoltre affermato come strumento di osservazione e progettazione "in tempo reale", capace di rafforzare la rete territoriale e di rispondere con efficacia ai bisogni emergenti.

10. Prospettive future (2024–2026)

A seguito dei risultati ottenuti nella triennalità 2021-2023, il progetto EduCARE è stato nuovamente riproposto all'interno del Piano Operativo aziendale per le Dipendenze presentato dall'Azienda ULSS n.2 Marca

trevigiana in ottemperanza alla D.G.R. 1396/2023 che prevede la riattivazione della co-progettazione "EduCARE in rete 2426" realizzata col Privato Sociale del Dipartimento per le Dipendenze (Ceis s.c.s. Onlus, Sonda s.c.s, Associazione Comunità Giovanile Onlus, Associazione Piccola Comunità Onlus Impresa Sociale e Giuseppe Olivotti s.c.s. Onlus). La co-progettazione e attuazione del progetto "EduCARE in rete 2426" è stato approvato in via definitiva dalla D.G.R. n. 1383 del 20 giugno 2025 con avvio previsto delle attività da settembre 2025. Alcuni ritardi nella pianificazione hanno riguardato principalmente aspetti burocratici e organizzativi, tra cui l'adeguamento normativo, la riorganizzazione interna e la necessaria coordinazione tra i diversi distretti e soggetti del privato sociale. Nonostante ciò, la nuova fase manterrà l'approccio di co-progettazione, gli obiettivi condivisi e il sistema di monitoraggio e valutazione già sperimentati, con l'intento di consolidare e ampliare i percorsi educativo-assistenziali personalizzati per i due target principali: minori-giovani e famiglie, e adulti lungo-assistiti.

Il progetto si propone di rafforzare ulteriormente la collaborazione con il privato sociale, estendere le attività di prevenzione nelle scuole, consolidare esperienze positive già avviate come RiCreArti e i percorsi di Montagnaterapia, sperimentare nuovi laboratori educativi e occupazionali, promuovere la creazione di un'associazione di utenti e familiari per la gestione condivisa delle iniziative, avviare nuove attività formative integrate, potenziare la collaborazione con enti locali e associazioni estendendo la co-progettazione anche ad altri attori (ad esempio Caritas), e valorizzare la prossimità educativa come elemento strategico per favorire inclusione, riabilitazione ed empowerment.

In questa nuova fase progettuale si riflette inoltre sulla necessità di colmare un vuoto nelle fasce di età non coperte dai target tradizionali. In particolare, si intende sviluppare interventi rivolti a giovani adulti tra i 25 e i 40 anni, che non rientrano propriamente né nel gruppo dei minori/giovani né in quello degli adulti lungo-assistiti. Per questa fascia si propone di attivare percorsi dedicati, come gruppi RiCreArti o altre iniziative progettuali mirate alla stimolazione della relazione sociale, all'empowerment e alla partecipazione attiva, favorendo così inclusione, supporto reciproco e consolidamento di reti di socializzazione.

16.4

L'intervento precoce: modelli e reti di intervento

VADETECUM PER UN COUNSELLING INFORMATO SU ALCOL E CANCRO

Fantozzi Fulvio

libero professionista ~ REGGIO EMILIA ~ Italy

In questo breve testo l'Autore illustra la propria concezione del Counselling su Alcol e Cancro, argomento tanto delicato quanto scomodo, e lo fa sulla scorta della propria esperienza di Medico delle Dipendenze "in trincea" prima nel pubblico (SER.T.) e poi nel privato.

Premessa semantica

Se per counselling intendiamo con il dizionario Treccani un "tipo d'intervento di natura psicosociale consistente in una funzione di supporto nei confronti di individui con difficoltà di adattamento rispetto a specifiche situazioni di stress (es., problemi relazionali, perdita del lavoro, malattie croniche), messa in atto stimolando le loro capacità di reazione" e lo applichiamo alla prevenzione dei tumori alcol correlati, taluno potrebbe eccepire:

"dov'è mai il momento critico, lo stress che costringe l'individuo ad adattarsi?"

Se infatti si beve, tanto o poco, moderatamente o eccessivamente - in modo secco o umido non ha importanza - trattasi di un costume, di uno stile di condotta, di un'abitudine; nulla di critico, insomma, e pertanto il termine potrebbe apparire inappropriato, fuori luogo. Eppure fuori luogo non è: chi non è astemio, o sobrio (convinto o coatto che sia) e pertanto consuma bevande alcoliche, oggi è letteralmente e continuamente assediato da messaggi di proibizione e da moniti più o meno argomentati e credibili e più o meno spaventevoli. Dunque, possiamo affermare che, a meno che non sia perennemente ubriaco e dunque non lo percepisca, uno stress continuo lo assale. Se così è, allora di counselling possiamo legittimamente parlare.

DA QUALE PULPITO PROVIENE E DA QUALI PREMESSE SCIENTIFICHE NASCE QUESTO PICCOLO VADETECUM?

A partire dalla lunga esperienza personale "in trincea" come Medico delle Dipendenze e pertanto anche come medico alcolologo prima a lungo nel pubblico e poi per altri 18 anni nella libera professione, proverò a sintetizzare qualcosa di pragmatico e idealmente utile a chi

volesse provare a trattare "alcol e cancro", uno degli argomenti più scomodi e difficili per un operatore sanitario; e lo volesse fare magari uscendo un pochino dai binari precostituiti dello scibile e del metodo, purtroppo assai sovente scolastico e angusto, proposto dalle Istituzioni Pubbliche e del privato sociale accreditato. È a una Alcolologia scientifica e allo stesso tempo laica che si dovrebbe puntare quando si fa prevenzione.

- Accennerò soltanto (e mi scuso fin d'ora con chi rimarrà con la curiosità di sapere esattamente a cosa mi riferivo) a enormi e geniali costrutti teorici, il Nudge (1) in primis (la cosiddetta "spinta gentile"), da cui a mio avviso derivano oggi (domani non si sa: ci sarà altro che lo supererà?) le migliori strategie sull'argomento in esame.

- Counselling motivazionale, intervento breve, avviso breve (quest'ultima è la maldestra traduzione istituzionale di minimal advice che invece significa consiglio e non "avviso" breve!).

- I cosiddetti test e relative forme sincopate (primo tra tutti il mitico AUDIT, che tutti conoscono e nessuno applica nella pratica professionale quotidiana).

- I cosiddetti "manuali" (cosiddetti perché spesso si riducono a eleganti riassunti teorici e basta, quindi per nulla pratici e per nulla operativi come un manuale dovrebbe essere: elenchi di teorie, assunti, statuizioni più o meno accademiche, ma comunque accademiche a volte farcite di elegantismi lessicali poco produttivi se si vuol far capire davvero quel che si vuol dire e se alla fine si vuole abilitare qualcuno a fare qualcosa di buono sul campo!

- "Manuali" dicevamo "per le politiche su alcol e salute" (2) ecc., sono tutte espressioni e strumenti che da sempre nel nostro Paese ricorrono compulsivamente e campeggiano nelle formazioni e nelle trattazioni, sia di letteratura grigia che di letteratura ufficiale istituzionale su alcol e salute e più in particolare su alcol e cancro.

Ciò con la pretesa di toccare, anzi di "segnare", formandoli e motivandoli, prima di tutto gli operatori!

È raro trovare in quel genere di documenti, i cosiddetti manuali in testa - lo si ribadisce - indicazioni pratiche chiare, convincenti e davvero operative.

C'è quindi ben poco di traslazionale, insomma nella letteratura - mainstream del nostro Paese in materia di counselling su alcol e cancro.

- Pensiamo ai medici di medicina generale, oberati di lavoro burocratico a cui da decenni si propongono con insistenza schemi, questionari, cosiddetti test per capire se chi hanno davanti è o non è un alcolista o bevitore problematico, ripetendo che sono strumenti agili, facili e bene accettati dai pazienti, mentre non lo

sono affatto; e al povero medico o psicologo o educatore del SERD, magari neofita perché catapultato talora lì da ben altre trincee sanitarie e analfabeta in alcolologia e men che meno esperto di counselling.

- Pensiamo poi agli operatori alle prese con lavoratori, con esaminandi in Commissione Patenti, con un giovane sconosciuto e “non paziente” che al termine di un evento formativo o divulgativo condotto e gestito fino a ora in maniera “liscia e conforme” chiede due minuti a quattr’occhi sul suo bere.

- Come si introduce il ragionamento su Alcol e Cancro, e soprattutto come, “in che modo”, lo si guarda negli occhi il soggetto? [Piuttosto: stacchiamo i nostri occhi dallo schermo del computer, mentre dialoghiamo con lui/lei?]

- Come si articolano le risposte alle sue domande, come si evocano - e a volte pilotano le domande stesse - quale dovrebbe essere il tono e l’atteggiamento da adoperare? Confidenziale, accademico, umoristico, misurato? E quale il linguaggio? Facciamo tutto da soli? O meglio ci facciamo affiancare da colleghi (putativamente) esperti? Quando però? Prima, durante o dopo il colloquio (o “i colloqui”)? E come lo si congeda l’utente/paziente?

- Ci sono principi utili, strategie intelligenti ed efficaci per personalizzare il messaggio da dare estemporaneamente al fruitore del counselling e (se va bene) per confezionare per lui/lei un messaggio valido da portare a casa?

- L’efficacia dell’intervento ha poi da essere verificata? Come, quando e da chi?

E soprattutto: abbiamo ben chiaro noi in testa qual è l’obiettivo del counselling che ci apprestiamo a erogare?

Incoraggiamoci: la risposta a tutti questi quesiti è, a parere di chi scrive, un bel sì!

A CHI SPETTA IL COUNSELLING SU ALCOL E CANCRO?

“Sulla carta” il counselling spetta a parere di chi scrive a qualunque operatore sanitario si trovi di fronte a una persona per la quale l’alcol è, è stato o sta per diventare un problema di salute fisica, comportamentale o sociale.

Un NO categorico invece a filosofi carismatici, no a guaritori, no a volontari del terzo settore digiuni di nozioni medico-scientifiche, no a divulgatori scientifici, no a scienziati di laboratorio, no a possessori di variopinti diplomi post-laurea o cosiddetti master (i master li fanno le Università tutto il resto è fuffa) che in un battibaleno ti trasformerebbero da bancario o da informatico in pensione che eri in Counsellor o Mental Coach (mi è successo anche questo, di essere richiesto

di fare da tutor a personaggi siffatti che stavano per graduarsi come counsellor presso caleidoscopici enti privati!).

L’operatore sanitario di regola si forma con l’intenzione e la cognizione di muoversi all’interno di una professione oblativa (3). E questo conta!

Mission e vision del counsellor pertanto dovrebbero incarnarsi in una professione della salute, perché maggiore è la probabilità che sussistano alla base un patrimonio noetico specialistico acquisito per davvero, e poi l’attitudine alla comunicazione efficace col prossimo e infine le connesse abilità relazionali specificatamente idonee a far cambiare idea, e quindi in ultima analisi comportamento, a una persona.

L’informazione che rende il counselling in esame informato non consiste solo nell’erudizione (3) e nell’aggiornamento scientifico su alcol e cancro; conta anche ed è essenziale saper dialogare efficacemente sull’argomento con le persone con cui cerchiamo di interagire per tutelare la loro salute. Bisogna essere, allora, un po’ oncologi e un po’ alcolologi per farlo? Non necessariamente.

È, invece, necessario attingere alle nozioni e al saper fare che molti oncologi (non tutti) e molti alcolologi (non tutti) hanno dimostrato di possedere sul campo. Si tratta di sbrogliare i seguenti nodi concettuali e di implementare i principi conseguenti costruendo così buone prassi.

CONTENUTI

Oggi, nell’ESTATE 2025, i contenuti canonici, (non certo bigotti), ma seri e scientifici in tema di Alcol e Cancro sono, a mio avviso i seguenti.

a) CREA 2018 (4): lo slogan che pervade il documento è “bevande alcoliche: il meno possibile”. La regoletta-satellite «2-1-0» è facilmente memorizzabile.

“Se proprio vuoi/devi bere, se non sussistono controindicazioni e se vuoi salvaguardare il più possibile la tua salute, allora non superare le 2 unità alcoliche se uomo di non più di 65 anni; non superare 1 unità alcolica se sei donna o uomo ultra 65enne; e bevi zero unità alcoliche se sei minorenne”.

b) Passando dal generale al particolare arrivano brutte notizie: bere anche poco aumenta apprezzabilmente il rischio di cancro. E allora a partire dal CREA bisogna allargarsi a una selezione ragionata e prudente della congerie di letteratura scientifica internazionale al riguardo, precedente e successiva temporalmente al 2018. Eccola (c’è altro, ma è facile perdersi se non si ha dimestichezza con la materia, anche se si è alcolologo o oncologo!):

- Il documento statunitense del Surgeon General - 2025 (5) e quello della National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (6) sono a mio parere i più dettagliati, argomentati e fondamentali.

- Ad essi fa da corredo un articolo, recentissimo e assai autorevole, anche perché "targato" IARC = Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro, che a nostro avviso ci permette di aggiungere l'adenocarcinoma del pancreas ai Magnifici 7 (o maledetti 7?) tumori ufficialmente ed indiscutibilmente alcol-correlati (7).

- Da non dimenticare poi il precedente e pivotale bel-l'articolo di Noelle Lo Conte e altri del 2017 (8), a mio avviso un vero piedistallo storico di ciò che i predetti testi attestano; l'articolo merita di essere letto (o riletto) ancora oggi.

- È da ben considerare poi la nitida proiezione politica Europea del dato di fatto (ahinoi inoppugnabile) di cui sopra: anche poco vino può causare il cancro, o con-causare in soggetti geneticamente predisposti e/o dediti al consumo di altri xenobiotici ed esotossici in generale.

Tale proiezione ha fatto e ancora sta facendo vedere i sorci verdi agli enoproduttori Italiani e non solo ed è costituita dal contenuto, inquietante già dal titolo, del documento OMS - Europa affacciandosi sulla scena scientifica ad inizio 2025.

In soldoni quell'importante documento sostiene che è doveroso etichettare il vino col messaggio che esso è causalmente correlato al cancro. Le sue pagine da 7 a 14 parlano chiaro (9).

c) Risultano risibili, invece, sortite che tendono a dimostrare il contrario, magari in buona fede (forse) (10) come quelle che hanno dovuto subire la doverosa asfaltatura nel senso della pronta replica a quattro mani, da parte del sottoscritto e del prof. Giovanni Addolorato (11),

È endemico e inestirpabile il vizio di ignorare il salubre detto latino *Unicuique suum!* E così specialisti di altre materie si improvvisano sapienti e influencer rampanti in materie a loro estranee come, nel caso di specie (10), quelle alcolologica e oncologica.

Novelli predicatori inconsapevolmente portatori (non sani) della sindrome di Dunning-Kruger, potremmo dire altrimenti. In materie come queste, che richiedono una seria preparazione scientifica di base nonché discernimento, prudenza e soprattutto abbondante pratica clinica in trincea, ossia a contatto con pazienti/clienti/utenti, bisognerebbe stare bene attenti prima di sentenziare, da qualunque pulpito.

Sempre in tema di giudizi strombazzati urbi et orbi da pseudo-esperti, tralasceremo qui commenti sugli abi-

tuali show di medici continuamente chiamati a occupare sempre beninteso in modo frizzante ("bollicine!") i teleschermi degli italiani e a strappare apprezzamenti e lodi allorché dichiarano magnificamente che "l'alcol è un alimento!" e che quindi pensare anche solo a ridurre il ruolo e la presenza nella nostra dieta mediterranea sarebbe illogico, surreale (o eretico? NdA).

d) Sortite meglio e responsabilmente argomentate come quella di operatori non sanitari, ma comunque assennati e acuminati quanto a piglio analitico (12) meritano invece attenzione e non fanno ridere per niente perché contemplano e trattano ponderatamente l'aspetto culturale del bere vino in Italia [il sito Internet che nel 2024 ha pubblicato tale pezzo, il Gambero Rosso, è dichiaratamente dalla parte degli enoproduttori e solo a nominarlo molti miei colleghi alcolologi diciamo "non laici" - per non dire bacchettoni - trasalirebbero di brutto!]

Senza affrontare l'aspetto culturale ed antropologico del counselling su alcol e cancro non si va da nessuna parte!

Ecco la laicità di un approccio scientifico: comprendere il mondo reale all'interno del quale una determinata abitudine dannosa per la salute si iscrive, si radica ... e si affronta!

Ricordiamo qui il passaggio a pagina 120 delle linee di indirizzo CREA del 2018, ancora attuali (3): "l'atteggiamento nei riguardi del consumo di alcol è un problema complesso perché da un lato ci sono le ricadute sulla salute del singolo e della collettività e dall'altro l'estrema familiarità e la diffusione di un consumo che ha anche valenze sociali".

Altri interventi sulla stampa laica, stavolta non italiana (13), ma dotati di contenuti tranquillamente adattabili al nostro tempo e alla nostra cultura, meritano altrettanta considerazione ed evidentemente risuonano i messaggi salienti dell'interessante saggio di Fino (12).

METODI

Risulta utile concepire un intervento di Counselling osservando le seguenti precauzioni metodologiche. Più che citare bibliografia attingerò alla mia esperienza di medico di SERT e di Commissione Patenti, di formatore di altri medici e operatori sanitari sia in ambito Cure Primarie che Salute Mentale, di docente nelle Autoscuole ai corsi CQC per autotrasportatori da ormai 18 anni a questa parte e infine di medico alcolologo nel mio studio libero professionale a Reggio Emilia:

1 Nel pianificare interventi di counselling o anche solo

di educazione alla salute è bene rifuggire le dottrine e quindi evitare di favorire o promuovere formazioni pseudoscientifiche sull'alcol in generale quando erogate da associazioni non profit, anche del Terzo Settore, le quali per quanto benemerite e in buona fede non si rendono purtroppo conto che i capisaldi teorici delle loro Scuole sono obsoleti o comunque non più del tutto validi: la scienza ha fatto e sta facendo passi in avanti nella clinica così come nell'epidemiologia del bere eccessivo, mentre la dottrina è, per definizione, immobile, non scalfibile da prove contrarie o da progressi dello scibile.

Per informare individui e collettività ci vuole la scienza, materia discutibile, e non la dottrina, materia all'opposto indiscutibile. In altri termini (prendiamo in prestito un'espressione dell'Illuminismo francese) in campo preventivo "non basta far del bene, bisogna farlo bene".

2 Essere capaci di inserire il discorso alcol - salute - cancro in un più ampio discorso sugli stili di vita. Dunque bisogna intendersene di disturbi della nutrizione e della alimentazione, di sedentarietà, di tabaccologia e di disturbi da uso di altre droghe e psicofarmaci e in generale di addittologia (detta anche Medicina delle Dipendenze <https://www.centroanalisiireggioemilia.it/ambulatorio-delle-dipendenze/>.) E farlo!

3 Padroneggiare e argomentare prima ancora che l'utente lo chieda concetti complessi, ma nello stesso tempo semplici come "Alcol e altre droghe", "Alcol droga leggera quanto a capacità di dare dipendenza (hooking)", Alcol Passivo; e poi spiegare che la parola «moderato» non può essere esclusa dal lessico da usare nel counselling in tema di alcol e cancro come vorrebbe una certa alcolologia scolastica di regime, perché la letteratura il termine moderato (che in realtà se traduciamo correttamente il termine inglese "moderate" non vuol dire modesto, modico, ma intermedio) ancora oggi lo usa, eccome!

Se puntiamo a una didattica efficace, allora è utile sviluppare discorsi compositi partendo da segmenti teorici che si aggancino armonicamente l'uno con l'altro, ognuno basato sull'esposizione di tali concetti! Connettere e trasporre, usando le analogie.

4 Praticare la personalizzazione del counselling. Non c'è un metodo unico!

Si badi bene che i modelli in auge in alcuni ambiti prevenzionistici istituzionali come quello trans teorico del cambiamento di Di Clemente - Prochaska con la sua (credo anche troppo) mitizzata sequenza "precontemplazione - contemplazione - preparazione - determina-

zione - azione - mantenimento - ricaduta" ecc. ecc. sono soltanto e dichiaratamente modelli, e non protocolli validati!

5 Molte volte risulta più agile scavalcare, pur senza ignorarli, modelli sontuosi e arzigogolati come quello, ad esempio, di cui sopra e ricorrere in alternativa a riferimenti più agili ed altrettanto collaudati ed adoperati nei colloqui motivazionali in campi affini, come ad esempio quello Tabaccologico.; Il pensiero va subito alle Cinque «Erre» (14): RILEVANZA, RISCHI, RICOMPENSA, REMORE e RIPETIZIONE.

6 Provocare sapientemente e dunque senza scandalizzarlo/a il proprio interlocutore, a volte con l'umorismo, a volte con la sfida, mai però giudicandolo o terrorizzandolo: amplificare oltre misura più o meno consapevolmente la trattazione della R di RISCHI delle Cinque Erre di cui sopra (14) e quindi elencare e magnificare tutti i pericoli di un uso anche solo "moderato" di vino oggi è controproducente perché fatalmente non si farebbe altro che giocare l'attenzione di chi si ha davanti (letteralmente: ti sorride annuisce, ma non ti ascolta più!) sia che si stia tentando un counselling sia che si stia parlando di Alcol e Cancro davanti a una qualsiasi platea.

7 Essere pronti a sdrammatizzare e a replicare oculatamente davanti alla prevedibile e frequente domanda (domanda - trabocchetto, nelle intenzioni di chi la fa) che dalla platea (o dall'utente seduto di fronte) potrà essere: "OK dottore, ma, scusi: lei beve?".

MESSAGGI DA PORTARE A CASA

Da dove cominciare per arrivare a capacitarsi come counsellor in materia di Alcol e Cancro?

Eccoli i miei consigli (sennò che counsellor sarei mai?):

* Studiare bene e assimilare il core della letteratura scientifica che conta e non le baggianate (10). Qui sopra il lettore troverà il bagaglio minimo per partire;
** Ricordare bene che dovremmo contemplare una sesta Erre che riguarda non già la gratificazione, il vantaggio del non bere più, di cui alla R di Ricompensa = REWARD delle cinque Erre classiche (14), ma esattamente il contrario ossia la ricompensa connessa al bere: in concreto "perché beviamo alcolici?" Perché mai quella persona che hai davanti beve alcolici? E che a questa sorta di "Erre off label" dovremo prestare altrettanta attenzione se vogliamo operare all'interno di un counselling informato su alcol e cancro;

*** scegliersi (e frequentarlo) un buon maestro che ti insegni, piano piano, a relazionarti efficacemente con chi fruirà del tuo counselling.

Reggio Emilia 8 agosto 2025 Buono studio e buona pratica!

Fulvio Fantozzi

Medico delle Dipendenze libero professionista
<https://www.centroanalisireggioemilia.it/ambulatorio-delle-dipendenze/>

o-male-michele-fino-libro/

13- <https://www.economist.com/leaders/2025/01/09/health-warnings-about-alcohol-give-only-half-the-story>;

14- <https://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/tobacco/5rs.html>

BIBLIO - SITOGRAFIA

1 - Richard H. Thaler, Cass R. Sunstein, Nudge. La spinta gentile., Universale Economica Feltrinelli, 2014;

2 - Rafforzare le capacità dei difensori della salute pubblica per orientare le sfide della politica sull'alcol, il manuale per la politica sull'alcol. Edizione italiana della pubblicazione: "Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook". Traduzione e adattamento a cura di E. Scafato, C. Gandin, A. Matone, S. Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità. Roma, 2025;

3 - I nuovi medici coraggiosi. E il loro padrone. Corriere salute del 29 giugno 2025, pagina 45, a firma L. Ripamonti;

4 - C.R.E.A. - linee guida per una sana alimentazione, revisione 2018; 5-Alcohol and Cancer Risk: The U.S. Surgeon General's Advisory, GEN 2025;

6 - National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2025. Review of Evidence on Alcohol and Health. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/28582>;

7 - Naudin S, Wang M, Dimou N, Ebrahimi E, Genkinger J, Adami H-O, et al. (2025) Alcohol intake and pancreatic cancer risk: An analysis from 30 prospective studies across Asia, Australia, Europe, and North America. PLoS Med 22(5): e1004590. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004590>

8 - Alcohol and Cancer: A Statement of the American Society of Clinical Oncology J Clin Oncol 36:83-93. © 2017 by American Society of Clinical Oncology;

9 - Alcohol health warning labels: a public health perspective for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO;

10- https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127739;

11- https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127870;

12- <https://www.gamberorosso.it/vino/vino-fa-bene->

Area tematica 17

L'INTERVENTO PRECOCE: MODELLI E RETI DI INTERVENTO

17.1

VADETECUM PER UN COUNSELLING INFORMATO SU ALCOL E CANCRO

Fantozzi F.

Libero professionista ~ REGGIO EMILIA ~ Italy

In questo breve testo l'Autore illustra la propria concezione del Counselling su Alcol e Cancro, argomento tanto delicato quanto scomodo, e lo fa sulla scorta della propria esperienza di Medico delle Dipendenze "in trincea" prima nel pubblico (Ser.T.) e poi nel privato.

Premessa semantica

Se per counselling intendiamo con il dizionario Treccani un "tipo d'intervento di natura psicosociale consistente in una funzione di supporto nei confronti di individui con difficoltà di adattamento rispetto a specifiche situazioni di stress (es., problemi relazionali, perdita del lavoro, malattie croniche), messa in atto stimolando le loro capacità di reazione" e lo applichiamo alla prevenzione dei tumori alcol correlati, taluno potrebbe eccepire:

"dov'è mai il momento critico, lo stress che costringe l'individuo ad adattarsi?"

Se infatti si beve, tanto o poco, moderatamente o eccessivamente - in modo secco o umido non ha importanza - trattasi di un costume, di uno stile di condotta, di un'abitudine; nulla di critico, insomma, e pertanto il termine potrebbe apparire inappropriato, fuori luogo.

Eppure fuori luogo non è: chi non è astemio, o sobrio (convinto o coatto che sia) e pertanto consuma bevande alcoliche, oggi è letteralmente e continuamente assediato da messaggi di proibizione e da moniti più o meno argomentati e credibili e più o meno spaventevoli. Dunque, possiamo affermare che, a meno che non sia perennemente ubriaco e dunque non lo percepisca,

uno stress continuo lo assale. Se così è, allora di counselling possiamo legittimamente parlare.

DA QUALE PULPITO PROVIENE E DA QUALI PREMESSE SCIENTIFICHE NASCE QUESTO PICCOLO VADETECUM?

A partire dalla lunga esperienza personale "in trincea" come Medico delle Dipendenze e pertanto anche come medico alcolologo prima a lungo nel pubblico e poi per altri 18 anni nella libera professione, proverò a sintetizzare qualcosa di pragmatico e idealmente utile a chi volesse provare a trattare "alcol e cancro", uno degli argomenti più scomodi e difficili per un operatore sanitario; e lo volesse fare magari uscendo un pochino dai binari precostituiti dello scibile e del metodo, purtroppo assai sovente scolastico e angusto, proposto dalle Istituzioni Pubbliche e del privato sociale accreditato. È a una Alcolologia scientifica e allo stesso tempo laica che si dovrebbe puntare quando si fa prevenzione.

- Accennerò soltanto (e mi scuso fin d'ora con chi rimarrà con la curiosità di sapere esattamente a cosa mi riferivo) a enormi e geniali costrutti teorici, il Nudge (1) in primis (la cosiddetta "spinta gentile"), da cui a mio avviso derivano oggi (domani non si sa: ci sarà altro che lo supererà?) le migliori strategie sull'argomento in esame.

- Counselling motivazionale, intervento breve, avviso breve (quest'ultima è la maldestra traduzione istituzionale di minimal advice che invece significa consiglio e non "avviso" breve!).

- I cosiddetti test e relative forme sincopate (primo tra tutti il mitico AUDIT, che tutti conoscono e nessuno applica nella pratica professionale quotidiana).

- I cosiddetti "manuali" (cosiddetti perché spesso si riducono a eleganti riassunti teorici e basta, quindi per nulla pratici e per nulla operativi come un manuale dovrebbe essere: elenchi di teorie, assunti, statuizioni più o meno accademiche, ma comunque accademiche a volte farcite di elegantismi lessicali poco produttivi se si vuol far capire davvero quel che si vuol dire e se alla fine si vuole abilitare qualcuno a fare qualcosa di buono sul campo!

- "Manuali" dicevamo "per le politiche su alcol e salute" (2) ecc., sono tutte espressioni e strumenti che da sempre nel nostro Paese ricorrono compulsivamente e campeggiano nelle formazioni e nelle trattazioni, sia di letteratura grigia che di letteratura ufficiale istituzionale su alcol e salute e più in particolare su alcol e cancro.

Ciò con la pretesa di toccare, anzi di "segnare", formandoli e motivandoli, prima di tutto gli operatori!

È raro trovare in quel genere di documenti, i cosiddetti manuali in testa - lo si ribadisce - indicazioni pratiche

chiare, convincenti e davvero operative.

C'è quindi ben poco di traslazionale, insomma nella letteratura - mainstream del nostro Paese in materia di counselling su alcol e cancro.

- Pensiamo ai medici di medicina generale, oberati di lavoro burocratico a cui da decenni si propongono con insistenza schemi, questionari, cosiddetti test per capire se chi hanno davanti è o non è un alcolista o bevitore problematico, ripetendo che sono strumenti agili, facili e bene accettati dai pazienti, mentre non lo sono affatto; e al povero medico o psicologo o educatore del SERD, magari neofita perché catapultato talora lì da ben altre trincee sanitarie e analfabeta in alcolologia e men che meno esperto di counselling.

- Pensiamo poi agli operatori alle prese con lavoratori, con esaminandi in Commissione Patenti, con un giovane sconosciuto e "non paziente" che al termine di un evento formativo o divulgativo condotto e gestito fino a ora in maniera "liscia e conforme" chiede due minuti a quattr'occhi sul suo bere.

- Come si introduce il ragionamento su Alcol e Cancro, e soprattutto come, "in che modo", lo si guarda negli occhi il soggetto? [Piuttosto: stacchiamo i nostri occhi dallo schermo del computer, mentre dialoghiamo con lui/lei?].

- Come si articolano le risposte alle sue domande, come si evocano - e a volte pilotano le domande stesse - quale dovrebbe essere il tono e l'atteggiamento da adoperare? Confidenziale, accademico, umoristico, misurato? E quale il linguaggio? Facciamo tutto da soli? O meglio ci facciamo affiancare da colleghi (putativamente) esperti? Quando però? Prima, durante o dopo il colloquio (o "i colloqui")? E come lo si congeda l'utente/paziente?

- Ci sono principi utili, strategie intelligenti ed efficaci per personalizzare il messaggio da dare estemporaneamente al fruitore del counselling e (se va bene) per confezionare per lui/lei un messaggio valido da portare a casa?

- L'efficacia dell'intervento ha poi da essere verificata? Come, quando e da chi?

E soprattutto: abbiamo ben chiaro noi in testa qual è l'obiettivo del counselling che ci apprestiamo a erogare? Incoraggiamoci: la risposta a tutti questi quesiti è, a parere di chi scrive, un bel sì!

A CHI SPETTA IL COUNSELLING SU ALCOL E CANCRO?

"Sulla carta" il counselling spetta a parere di chi scrive a qualunque operatore sanitario si trovi di fronte a una persona per la quale l'alcol è, è stato o sta per diventare un problema di salute fisica, comportamentale o sociale.

Un NO categorico invece a filosofi carismatici, no a guaritori, no a volontari del terzo settore digiuni di nozioni medico-scientifiche, no a divulgatori scientifici, no a scienziati di laboratorio, no a possessori di variopinti diplomi post-laurea o cosiddetti master (i master li fanno le Università tutto il resto è fuffa) che in un battibaleno ti trasformerebbero da bancario o da informatico in pensione che eri in Counsellor o Mental Coach (mi è successo anche questo, di essere richiesto di fare da tutor a personaggi siffatti che stavano per graduarsi come counsellor presso caleidoscopici enti privati!).

L'operatore sanitario di regola si forma con l'intenzione e la cognizione di muoversi all'interno di una professione oblativa (3). E questo conta!

Mission e vision del counsellor pertanto dovrebbero incarnarsi in una professione della salute, perché maggiore è la probabilità che sussistano alla base un patrimonio noetico specialistico acquisito per davvero, e poi l'attitudine alla comunicazione efficace col prossimo e infine le connesse abilità relazionali specificamente idonee a far cambiare idea, e quindi in ultima analisi comportamento, a una persona.

L'informazione che rende il counselling in esame informato non consiste solo nell'erudizione (3) e nell'aggiornamento scientifico su alcol e cancro; conta anche ed è essenziale saper dialogare efficacemente sull'argomento con le persone con cui cerchiamo di interagire per tutelare la loro salute. Bisogna essere, allora, un po' oncologi e un po' alcolologi per farlo? Non necessariamente.

È, invece, necessario attingere alle nozioni e al saper fare che molti oncologi (non tutti) e molti alcolologi (non tutti) hanno dimostrato di possedere sul campo. Si tratta di sbrogliare i seguenti nodi concettuali e di implementare i principi conseguenti costruendo così buone prassi.

Contenuti

Oggi, nell'ESTATE 2025, i contenuti canonici, (non certo bigotti), ma seri e scientifici in tema di Alcol e Cancro sono, a mio avviso i seguenti.

a) CREA 2018 (4): lo slogan che pervade il documento è "bevande alcoliche: il meno possibile". La regoletta-satellite «2-1-0» è facilmente memorizzabile.

"Se proprio vuoi/devi bere, se non sussistono controindicazioni e se vuoi salvaguardare il più possibile la tua salute, allora non superare le 2 unità alcoliche se uomo di non più di 65 anni; non superare 1 unità alcolica se sei donna o uomo ultra 65enne; e bevi zero unità alcoliche se sei minorenne".

b) Passando dal generale al particolare arrivano brutte notizie: bere anche poco aumenta apprezzabilmente il rischio di cancro. E allora a partire dal CREA bisogna allargarsi a una selezione ragionata e prudente della congerie di letteratura scientifica internazionale al riguardo, precedente e successiva temporalmente al 2018. Eccola (c'è altro, ma è facile perdersi se non si ha dimestichezza con la materia, anche se si è alcolologo o oncologo!):

- Il documento statunitense del Surgeon General - 2025 (5) e quello della National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (6) sono a mio parere i più dettagliati, argomentati e fondamentali.

- Ad essi fa da corredo un articolo, recentissimo e assai autorevole, anche perché "targato" IARC = Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro, che a nostro avviso ci permette di aggiungere l'adenocarcinoma del pancreas ai Magnifici 7 (o maledetti 7?) tumori ufficialmente ed indiscutibilmente alcol-correlati (7).

- Da non dimenticare poi il precedente e pivotale bel-l'articolo di Noelle Lo Conte e altri del 2017 (8), a mio avviso un vero piedistallo storico di ciò che i predetti testi attestano; l'articolo merita di essere letto (o riletto) ancora oggi.

- È da ben considerare poi la nitida proiezione politica Europea del dato di fatto (ahinoi inoppugnabile) di cui sopra: anche poco vino può causare il cancro, o causare in soggetti geneticamente predisposti e/o dediti al consumo di altri xenobiotici ed esotossici in generale.

Tale proiezione ha fatto e ancora sta facendo vedere i sorci verdi agli enoproduttori Italiani e non solo ed è costituita dal contenuto, inquietante già dal titolo, del documento OMS - Europa affacciatisi sulla scena scientifica ad inizio 2025.

In soldoni quell'importante documento sostiene che è doveroso etichettare il vino col messaggio che esso è causalmente correlato al cancro. Le sue pagine da 7 a 14 parlano chiaro (9).

c) Risultano risibili, invece, sortite che tendono a dimostrare il contrario, magari in buona fede (forse) (10) come quelle che hanno dovuto subire la doverosa asfaltatura nel senso della pronta replica a quattro mani, da parte del sottoscritto e del prof. Giovanni Addolorato (11),

È endemico e inestirpabile il vizio di ignorare il salubre detto latino *Unicuique suum*! E così specialisti di altre materie si improvvisano sapienti e influencer rampanti in materie a loro estranee come, nel caso di specie (10), quelle alcolologica e oncologica.

Novelli predicatori inconsapevolmente portatori (non

sani) della sindrome di Dunning-Kruger, potremmo dire altrimenti. In materie come queste, che richiedono una seria preparazione scientifica di base nonché discernimento, prudenza e soprattutto abbondante pratica clinica in trincea, ossia a contatto con pazienti/clienti/utenti, bisognerebbe stare bene attenti prima di sentenziare, da qualunque pulpito.

Sempre in tema di giudizi strombazzati urbi et orbi da pseudo-esperti, tralascieremo qui commenti sugli abituali show di medici continuamente chiamati a occupare sempre beninteso in modo frizzante ("bollicine!") i teleschermi degli italiani e a strappare apprezzamenti e lodi allorché dichiarano magnificamente che "l'alcol è un alimento!" e che quindi pensare anche solo a ridurre il ruolo e la presenza nella nostra dieta mediterranea sarebbe illogico, surreale (o eretico? NdA).

d) Sortite meglio e responsabilmente argomentate come quella di operatori non sanitari, ma comunque assennati e acuminati quanto a piglio analitico (12) meritano invece attenzione e non fanno ridere per niente perché contemplano e trattano ponderatamente l'aspetto culturale del bere vino in Italia [il sito Internet che nel 2024 ha pubblicato tale pezzo, il Gambero Rosso, è dichiaratamente dalla parte degli enoproduttori e solo a nominarlo molti miei colleghi alcolologi diciamo "non laici" - per non dire bacchettoni - trasalirebbero di brutto!]

Senza affrontare l'aspetto culturale ed antropologico del counselling su alcol e cancro non si va da nessuna parte!

Ecco la laicità di un approccio scientifico: comprendere il mondo reale all'interno del quale una determinata abitudine dannosa per la salute si iscrive, si radica ... e si affronta!

Ricordiamo qui il passaggio a pagina 120 delle linee di indirizzo CREA del 2018, ancora attuali (3): "l'atteggiamento nei riguardi del consumo di alcol è un problema complesso perché da un lato ci sono le ricadute sulla salute del singolo e della collettività e dall'altro l'estrema familiarità e la diffusione di un consumo che ha anche valenze sociali".

Altri interventi sulla stampa laica, stavolta non italiana (13), ma dotati di contenuti tranquillamente adattabili al nostro tempo e alla nostra cultura, meritano altrettanta considerazione ed evidentemente risuonano i messaggi salienti dell'interessante saggio di Fino (12).

Metodi

Risulta utile concepire un intervento di Counselling osservando le seguenti precauzioni metodologiche. Più che citare bibliografia attingerò alla mia esperienza di

medico di SERT e di Commissione Patenti, di formatore di altri medici e operatori sanitari sia in ambito Cure Primarie che Salute Mentale, di docente nelle Autoscuole ai corsi CQC per autotrasportatori da ormai 18 anni a questa parte e infine di medico alcolologo nel mio studio libero professionale a Reggio Emilia:

1. Nel pianificare interventi di counselling o anche solo di educazione alla salute è bene rifuggire le dottrine e quindi evitare di favorire o promuovere formazioni pseudoscientifiche sull'alcol in generale quando erogate da associazioni non profit, anche del Terzo Settore, le quali per quanto benemerite e in buona fede non si rendono purtroppo conto che i capisaldi teorici delle loro Scuole sono obsoleti o comunque non più del tutto validi: la scienza ha fatto e sta facendo passi in avanti nella clinica così come nell'epidemiologia del bere eccessivo, mentre la dottrina è, per definizione, immobile, non scalfibile da prove contrarie o da progressi dello scibile.

Per informare individui e collettività ci vuole la scienza, materia discutibile, e non la dottrina, materia all'opposto indiscutibile. In altri termini (prendiamo in prestito un'espressione dell'Illuminismo francese) in campo preventivo "non basta far del bene, bisogna farlo bene".

2. Essere capaci di inserire il discorso alcol - salute - cancro in un più ampio discorso sugli stili di vita. Dunque bisogna intendersene di disturbi della nutrizione e della alimentazione, di sedentarietà, di tabaccologia e di disturbi da uso di altre droghe e psicofarmaci e in generale di addittologia (detta anche Medicina delle Dipendenze <https://www.centroanalisiireggioemilia.it/ambulatorio-delle-dipendenze/>.) E farlo!

3. Padroneggiare e argomentare prima ancora che l'utente lo chieda concetti complessi, ma nello stesso tempo semplici come "Alcol e altre droghe", "Alcol droga leggera quanto a capacità di dare dipendenza (hooking)", Alcol Passivo; e poi spiegare che la parola «moderato» non può essere esclusa dal lessico da usare nel counselling in tema di alcol e cancro come vorrebbe una certa alcolologia scolastica di regime, perché la letteratura il termine moderato (che in realtà se traduciamo correttamente il termine inglese "moderate" non vuol dire modesto, modico, ma intermedio) ancora oggi lo usa, eccome!

Se puntiamo a una didattica efficace, allora è utile sviluppare discorsi compositi partendo da segmenti teorici che si aggancino armonicamente l'uno con l'altro, ognuno basato sull'esposizione di tali concetti! Connettere e trasporre, usando le analogie.

4. Praticare la personalizzazione del counselling. Non c'è un metodo unico!

Si badi bene che i modelli in auge in alcuni ambiti prevenzionistici istituzionali come quello trans teorico del cambiamento di Di Clemente - Prochaska con la sua (credo anche troppo) mitizzata sequenza "precontemplazione - contemplazione - preparazione - determinazione - azione - mantenimento - ricaduta" ecc. ecc. sono soltanto e dichiaratamente modelli, e non protocolli validati!

5. Molte volte risulta più agile scavalcare, pur senza ignorarli, modelli sontuosi e arzigogolati come quello, ad esempio, di cui sopra e ricorrere in alternativa a riferimenti più agili ed altrettanto collaudati ed adoperati nei colloqui motivazionali in campi affini, come ad esempio quello Tabaccologico.; Il pensiero va subito alle Cinque «Erre» (14): RILEVANZA, RISCHI, RICOMPENSA, REMORE e RIPETIZIONE.

6. Provocare sapientemente e dunque senza scandalizzarlo/a il proprio interlocutore, a volte con l'umorismo, a volte con la sfida, mai però giudicandolo o terrorizzandolo: amplificare oltre misura più o meno consapevolmente la trattazione della R di RISCHI delle Cinque Erre di cui sopra (14) e quindi elencare e magnificare tutti i pericoli di un uso anche solo "moderato" di vino oggi è controproducente perché fatalmente non si farebbe altro che giocare l'attenzione di chi si ha davanti (letteralmente: ti sorride annuisce, ma non ti ascolta più!) sia che si stia tentando un counselling sia che si stia parlando di Alcol e Cancro davanti a. una qualsiasi platea.

7. Essere pronti a sdrammatizzare e a replicare oculatamente davanti alla prevedibile e frequente domanda (domanda - trabocchetto, nelle intenzioni di chi la fa) che dalla platea (o dall'utente seduto di fronte) potrà essere: "OK dottore, ma, scusi: lei beve?".

Messaggi da portare a casa

Da dove cominciare per arrivare a capacitarsi come counsellor in materia di Alcol e Cancro?

Eccoli i miei consigli (sennò che counsellor sarei mai?):

* Studiare bene e assimilare il core della letteratura scientifica che conta e non le baggianate (10). Qui sopra il lettore troverà il bagaglio minimo per partire;

** Ricordare bene che dovremmo contemplare una sesta Erre che riguarda non già la gratificazione, il vantaggio del non bere più, di cui alla R di Ricompensa = REWARD delle cinque Erre classiche (14), ma esatta-

mente il contrario ossia la ricompensa connessa al bere: in concreto “perché beviamo alcolici?” Perché mai quella persona che hai davanti beve alcolici? E che a questa sorta di “Erre off label” dovremo prestare altrettanta attenzione se vogliamo operare all’interno di un counselling informato su alcol e cancro;
 *** scegliersi (e frequentarlo) un buon maestro che ti insegni, piano piano, a relazionarti efficacemente con chi fruirà del tuo counselling.

Reggio Emilia 8 agosto 2025 Buono studio e buona pratica!

Medico delle Dipendenze libero professionista
<https://www.centroanalisireggioemilia.it/ambulatorio-delle-dipendenze/>

9. Alcohol health warning labels: a public health perspective for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO;
10. https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127739;
11. https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127870;
12. <https://www.gamberorosso.it/vino/vino-fa-bene-o-male-michele-fino-libro/>
13. <https://www.economist.com/leaders/2025/01/09/health-warnings-about-alcohol-give-only-half-the-story>;
14. <https://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/tobacco/5rs.html>

Bibliografia - Sitografia

1. Richard H. Thaler, Cass R. Sunstein, Nudge. La spinta gentile., Universale Economica Feltrinelli, 2014;
2. Rafforzare le capacità dei difensori della salute pubblica per orientare le sfide della politica sull'alcol, il manuale per la politica sull'alcol. Edizione italiana della pubblicazione: “Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook”. Traduzione e adattamento a cura di E. Scafato, C. Gandin, A. Matone, S. Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità. Roma, 2025;
3. I nuovi medici coraggiosi. E il loro padrone. Corriere salute del 29 giugno 2025, pagina 45, a firma L. Ripamonti;
4. C.R.E.A. - linee guida per una sana alimentazione, revisione 2018;
5. Alcohol and Cancer Risk: The U.S. Surgeon General's Advisory, GEN 2025;
6. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2025. Review of Evidence on Alcohol and Health. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/28582>;
7. Naudin S, Wang M, Dimou N, Ebrahimi E, Genkinger J, Adami H-O, et al. (2025) Alcohol intake and pancreatic cancer risk: An analysis from 30 prospective studies across Asia, Australia, Europe, and North America. PLoS Med 22(5): e1004590. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004590>
8. Alcohol and Cancer: A Statement of the American Society of Clinical Oncology J Clin Oncol 36:83-93. © 2017 by American Society of Clinical Oncology;

17.2

RETI IN GIOCO-GIOCO DI RETE: UN PROGETTO DI RETE PER LA PREVENZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO E NUOVE DIPENDENZE

Giusti F.*, Cantelli S.

*SerD. Zona Distretto Valdichiana Aretina ~
Castiglion Fiorentino ~ Italy*

La Comunità della Valdichiana Aretina si interroga su come promuovere il benessere dei giovani ascoltando le loro voci, le loro richieste, le loro frustrazioni, i loro desideri e i loro sogni.

Al Progetto e al Tavolo di Rete hanno partecipato: Fabrizia Giusti, Responsabile SerD; Silvia Cantelli, Referente SerD per il Gioco d'Azzardo e la Rete; Roberto Francini, Direttore Zona Distretto Valdichiana Aretina; Simona Pierozzi, funzionario Amministrativo; Laura Mearini, Assistente Amministrativo; Aniello Buccino, Responsabile Educazione alla Salute del Dip.Tes.; Sara Falchi, referente per UFSMA e UFSMIA; Katia Barrella, referente Consultorio; Manuela Valli, Funzionario Servizi Sociali del Comune di Castiglion Fiorentino; Rodolfo Salvicchi, Funzionario Servizi Sociali Comune di Foiano; Rosetta Simone, Funzionario Servizi Sociali Comune di Marciano; Benedetta Montigiani, Ass. Sociale Comune di Cortona; Chiara Tribbioli, referente per l'Associazione di educativa CHORA; Angela Barchielli, Formatrice; Roberto Norelli, referente per l'operativa di strada DOG; Ginetta Matracchi, Centro di psicoterapia Sistemica Comete; Giuliana Lacrimini, Centro di psicoterapia Sistemica Comete; Silvia Ghezzi, Insegnante; Sandra Bernardini, Insegnante; i giovani: Margot Cassatella, Caterina Fratagnoli, Emma Falcinelli, Flavio Carmignani, Elia Lunghini; Roberta Gnazzi per il Comune di Lucignano, che sta entrando al Tavolo di Rete completando la presenza di tutti i Comuni della Valdichiana Aretina.

E in memoria di Rossella Cocchi, con cui abbiamo

pensato ed iniziato questo Progetto.

Premessa

La presentazione di questo progetto di prevenzione del gioco d'azzardo e nuove dipendenze ci è sembrata interessante da condividere non tanto per le peculiarità concettuali, sulla carta condivise da tutti, quanto perché rappresenta, nella concretezza della sua realizzazione, un esempio di lavoro che necessita di tempo dedicato al "pensiero", agli incontri, alle relazioni, alla ricerca di significati, all'ascolto, al " porsi domande", che nell'attuale organizzazione della società non è prassi comune. Infatti spesso vengono privilegiati gli interventi spot, i grandi numeri, gli incontri brevi, le proposte gerarchiche, modalità di procedere che non si adattano ad interventi come quelli della promozione del benessere e della prevenzione, che richiedono la partecipazione di tutti con pari dignità e nel rispetto degli specifici compiti e soprattutto necessitano di tempo dedicato superando la tentazione di considerarlo tempo "perso" perché non immediatamente produttivo, secondo gli attuali canoni aziendalistici.

In tema di prevenzione delle Dipendenze, per quanto emerge dalla letteratura e per la nostra esperienza, crediamo che questa non possa consistere solo nella corretta informazione sui rischi delle Dipendenze o in una prevenzione strettamente sanitaria; pensiamo, infatti, che una prevenzione efficace si avvalga di interventi precoci, addirittura pre-parto e nei primissimi anni di vita, sia per promuovere stili di vita corretti che per favorire uno stile di attaccamento sufficientemente sicuro per fronteggiare le varie forme di dipendenza patologica.

Questa maniera di intendere la prevenzione che considera non solo aspetti sanitari ma soprattutto psicosociali ha bisogno della partecipazione di tutti e nei vari ambiti (1): individuale, gruppale, comunitario, istituzionale; per questo la prevenzione va effettuata in rete e non può essere orientata solo nei confronti specifici delle Dipendenze ma più in generale del disagio a rischio di generare dipendenze e altri comportamenti disfunzionali. Quando parliamo di Rete nei vari contesti non sempre però intendiamo lo stesso concetto, come a dire che ci sono molti modi di fare rete. Per alcu-

ni fare rete vuole dire eseguire ognuno il proprio intervento specifico conoscendo quello che fanno gli altri, per altri vuol dire condividere azioni e progetti fino dall'inizio, per alcuni condividere risorse, per altri ancora distribuire compiti.

Molti sono i significati dati al "fare rete" e in realtà ci sono un po' tutti, per questo ci è sembrata utile una formazione che facilitasse innanzitutto la conoscenza e la valorizzazione dei diversi schemi di riferimento e abbiamo scelto di operare con una modalità "lenta" che prediligesse continuità, relazioni, incontri all'efficienza degli interventi spot. Abbiamo perseguito l'obiettivo di fare crescere la Rete attraverso un processo gruppale (2) che valorizzasse le differenze e portasse avanti in gruppo il lavoro di prevenzione rispetto ai comportamenti a rischio di dipendenza da gioco d'azzardo e altre dipendenze.

Il Contesto in cui ha preso forma il Progetto

Il contesto ci ha aiutato a portare avanti il Progetto valorizzando la Rete, infatti la Regione Toscana recependo il DM 77 del 27 Maggio 2022 ha espresso chiaramente che, per quanto riguarda le Dipendenze Patologiche, l'integrazione con gli altri Servizi Distrettuali, con i Comuni, con gli enti del terzo settore è un obiettivo importante sia per la Prevenzione che per la Cura - Riabilitazione all'interno della nuova organizzazione territoriale con al centro le Case di Comunità. Il SerD. (Servizio per le Dipendenze) Valdichiana Aretina inoltre, già tra le azioni previste dal piano di Contrasto al Gioco D'Azzardo e Nuove Dipendenze concluso a fine 2024, aveva promosso la costituzione di un Tavolo di Rete per la prevenzione del Gioco d'Azzardo e dei Comportamenti a rischio di Dipendenza con la partecipazione di SerD., UFSMIA (Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza), UFSMA (Unità Funzionale Salute Mentale Adulti), Consultorio, Comuni, Associazione DOG (Dentro gli Orizzonti Giovanili) di Operativa di Strada e la Cooperativa CHORA che si occupa di interventi educativi con i giovani per condividere una lettura della realtà giovanile, dei suoi bisogni e richieste, per migliorare la progettualità degli interventi e l'utilizzazione delle risorse finalizzate alla Promozione del benessere nelle fasce giovanili e all'intercettazione precoce dei

segnali di disagio che si manifestano con comportamenti disfunzionali di vario genere

Dopo l'evento finale del Dicembre 2024 (Fig. 1, Seminario di restituzione dei Cantieri della Creatività), anche grazie al contributo dei giovani e delle Scuole presenti (Fig 2, Giovani in rete), il Tavolo si è ampliato con la partecipazione di alcuni studenti, alcune insegnanti, un rappresentante dell'Educazione alla Salute, rappresentanti di alcune associazioni giovanili e del Centro di Psicoterapia Sistemica CoMeTe (Consulenza, Mediazione e Terapia).

Il Tavolo inizialmente ha faticato a costituirsi e ad integrare schemi di riferimento diversi ma l'esperienza fatta insieme ha iniziato un processo gruppale di condivisione e ricerca rispetto alla promozione del benessere e alla prevenzione del disagio che ha generato una appartenenza e fatto emergere la richiesta di una formazione specifica per il tavolo di Rete.

A Giugno 2024 si è presentata l'opportunità, offerta dal Terzo Piano di Contrasto al Gioco di Azzardo, di proseguire un'azione progettuale che avesse come oggetto di attenzione la Rete Territoriale. Pertanto, la Zona Distretto Valdichiana Aretina, con la Responsabilità del Progetto affidata al SerD., ha promosso una azione che attraverso il rafforzamento della Rete Territoriale tra Servizi Distrettuali, Enti Pubblici ed Enti del Terzo Settore prevede la co-progettazione e co-gestione di azioni di Prevenzione primaria finalizzate ad offrire ai giovani spazi di socializzazione e partecipazione e di azioni di Prevenzione secondaria volte ad intercettare precocemente, senza stigmatizzazioni, il disagio giovanile.

Descrizione e Finalità del Progetto

Il Progetto "Reti in Rete" è stato finanziato con i fondi del Terzo Piano di Contrasto attribuiti alle Zone Distretto e Società della Salute per svolgere "attività per la definizione di un sistema locale di prevenzione e presa in carico integrata" sul Gioco di Azzardo e le altre dipendenze".

L'azione progettuale prevede che il processo di co-progettazione sia agevolato da un percorso di formazione condivisa di accompagnamento ai Tavoli di lavoro sia nella fase di programmazione che in quella di esecuzione del progetto.

Il Progetto si pone i seguenti obiettivi (Fig. 3, Schema delle Azioni previste dal Terzo Piano di Contrasto al Gioco d'Azzardo):

- Rafforzare la Rete inter-istituzionale al fine di migliorare le capacità di co-progettazione tra soggetti pubblici ed Enti del III settore con il coinvolgimento della cittadinanza.
- Intercettare i bisogni attuali della popolazione giovanile (adolescenti e giovani adulti), nelle zone della Valdichiana Aretina, indagando i luoghi e le modalità informali di aggregazione attraverso l'incontro diretto con i giovani, anche in continuità con le azioni del II Piano di contrasto.
- Prevenire i fenomeni di dispersione scolastica attraverso interventi di collaborazione tra scuola e operativa di strada
- Individuare spazi e eventi da destinare alla socializzazione offrendo una rete di opportunità che favorisca la sperimentazione di relazioni generative di benessere tra pari e con gli adulti e una crescita culturale attraverso un collegamento costante con le risorse associazionistiche operanti nel territorio
- Promuovere progettualità condivise e elaborate dai giovani stessi, sviluppando le loro capacità di autodeterminazione anche attraverso attività di peer education volte a stimolare il divertimento generato da situazioni salutarie di gioco sociale.
- Promuovere e/o ampliare all'interno delle Case della Salute gli spazi di accoglienza non stigmatizzanti per l'intercettazione precoce di problematiche di disagio giovanile e per favorire la conoscenza e la fruizione dei Servizi già esistenti per i giovani.

Metodologia

La metodologia si basa sul lavoro di Rete sostenuto da una attività di formazione/facilitazione insieme agli Enti del Terzo Settore partecipi al progetto, sin dalla fase iniziale e per la durata di tutto il percorso.

Altra priorità metodologica è la costante integrazione tra i tre ambiti di articolazione delle attività con la popolazione giovanile:

- a) operatività di strada, (Fig. 4, Incontro degli Operatori di Strada con i Giovani in un Evento)
- b) attività di socializzazione in continuità con cantieri della creatività avviati nel Secondo Piano

di contrasto al Gioco d'Azzardo,

- c) accoglienza precoce del disagio giovanile presso la Casa della Salute

La fase amministrativa di co-progettazione è stata condotta dal Distretto Zona Valdichiana, dai rappresentanti degli Enti Locali e dai Responsabili Tecnici dei Soggetti Partner.

La co-progettazione (3) ha previsto l'istituzione di un apposito tavolo di co-progettazione che si è riunito 4 volte a cadenza settimanale, all'interno del quale, sulla base dell'offerta dei soggetti attuatori, dello sviluppo delle attività in corso e della loro organizzazione e sulla base dell'idea di integrazione delle attività previste tra di loro sono state condivise le principali Azioni Progettuali.

La prima fase della co-progettazione si è conclusa con la Stesura di un progetto definitivo e del piano economico finanziario che costituiscono parte integrante della convenzione che successivamente è stata stipulata tra Zona Distretto Valdichiana Aretina e soggetti partner.

Il lavoro del Tavolo di co-progettazione prosegue per tutta la durata del progetto con una verifica e monitoraggio condiviso attraverso incontri mensili. Gli Enti del Terzo Settore iscritti al RUNTS (4) hanno partecipato alla co-progettazione presentando una proposta progettuale inerente ad una o più delle seguenti azioni:

- 1) partecipazione al Tavolo di Rete per lavorare insieme in ambito preventivo con i giovani
- 2) progetto formativo secondo la Concezione Operativa per valorizzare le differenze attraverso un processo gruppale che promuove un apprendimento nello svolgimento di un compito condiviso e lavorato insieme.
- 3) organizzazione di attività di operativa di strada per la sensibilizzazione e il coinvolgimento dei giovani nella dimensione più informale della loro aggregazione.
- 4) prosecuzione e innovazione dell'attività dei cantieri della creatività già avviati all'interno del secondo piano di contrasto per offrire spazi esperienziali di progettazione e realizzazione di attività gruppali generative di benessere e divertimento.
- 5) costruzione, in collaborazione con i Servizi Distrettuali, di spazi di accoglienza nelle Case di

Comunità, attraverso la risorsa di esperti messa a disposizione da un partner del Terzo Settore partecipante al Tavolo di Co-Progettazione, per individuare i bisogni e elaborare i comportamenti indicatori di fragilità prima che si traducano in agiti disfunzionali e per poter inviare precocemente ai Servizi solo le situazioni che necessitino di trattamento specialistico.

6) costruzione di un evento di sensibilizzazione sul Gioco D'Azzardo e Nuove Dipendenze

Risultati

Un primo risultato, frutto del lavoro di alcuni anni, è stato il consolidamento del Tavolo di Rete e l'aumento dei soggetti partecipanti al Tavolo; in particolare ci è sembrato molto significativa la partecipazione di alcuni ragazzi delle scuole superiori e di alcuni insegnanti che ha permesso di conoscere più da vicino richieste, bisogni, stili di vita e di comunicazione di un target a noi poco noto. Anche l'ingresso al Tavolo di un rappresentante dell'Educazione alla Salute ha permesso un collegamento tra la prevenzione più propriamente sanitaria a carico della Asl e la promozione del benessere bio-psico-sociale in ambito comunitario che vede nei Comuni i principali interlocutori.

La responsabilità del Progetto affidata al SerD, Servizio che, fin dalla sua istituzione, ha cercato in tema di prevenzione di integrare aspetti sanitari e psico-sociali, ha favorito questo processo.

Si è aggiunta al Tavolo anche una rappresentante dell'associazione Effetto-Eco che si è costituita attraverso il lavoro con i ragazzi nei Cantieri del Gioco e della Creatività, effettuato nel precedente Piano di Contrasto al Gioco d'Azzardo.

I lavori del Tavolo sono progrediti sia sul piano della progettazione che in quello della formazione anche se ci sono state alcune difficoltà nella gestione del tempo tra formazione e progettazione; infatti, nello stesso periodo si sono svolti gli incontri di formazione e quelli di progettazione. La nostra idea era poter fare precedere la formazione alla progettazione ma i limiti temporali del Progetto Regionale non lo hanno permesso.

Tuttavia, l'esperienza del Tavolo ci ha confermato che se c'è una forte motivazione e la convinzione sull'utilità del dedicare tempo a lavorare insieme, alla fine si riesce a trovare questo tempo.

Infatti, i partecipanti sono riusciti, solo con poche eccezioni, a trovare tempo per la formazione comune che ha previsto 10 interventi di tre ore ciascuno di cui ne sono stati effettuati già 8, nei quali sono stati approfonditi i principali concetti della Concezione Operativa 5), 6): Gruppo, Setting, Compito, Ambiti, Processo Gruppale, Emergente, Gruppo Interno-Gruppo Esterno, Vincolo, Apprendimento, Dipendenze, Prevenzione. La metodologia della Concezione Operativa ha permesso al Gruppo partecipante al Tavolo di fare un processo di cambiamento frutto dell'integrazione nel Mondo Interno di ciascuno di nuovi concetti 7) e di una nuova esperienza gruppale. Tale processo ha permesso di integrare esperienze e schemi di riferimento diversi, mantenendo ciascuno la propria specificità.

Altro intervento portato avanti è stato quello degli Operatori di Strada, i quali hanno una consolidata esperienza negli interventi in discoteca nella realtà cittadina per ridurre i rischi dell'uso di sostanze e dell'alcol ma che nella nostra Zona avevano preso parte solo ad alcuni eventi e solo in alcuni Comuni. Con la Co-progettazione abbiamo cercato di allargare la presenza degli Operatori di Strada a più comuni per offrire un intervento di Riduzione del danno rispetto a Droghe, Alcol e Gioco d'Azzardo anche ai fini di intercettare, soprattutto tra i giovani, segnali di disagio e problematiche da richiedere l'intervento del SerD. Inoltre abbiamo anche abbassato l'età del target per informare i più giovani sui rischi delle Dipendenze.

L'attività dei Cantieri della Creatività sarà portata avanti nella seconda parte dell'Anno 2025 secondo la modalità già sperimentata nel precedente Piano di Contrasto al Gioco d'Azzardo che prevede il reclutamento di giovani interessati a fare alcune esperienze di attività da loro scelte (serigrafia, fotografia, video, ecc), attraverso l'incontro con esperti del settore e la produzione di materiali; tali attività sono costantemente seguite dagli educatori della cooperativa CHORA.

Uno degli scopi dei Cantieri è far sì che emerga il protagonismo, la progettualità e la creatività dei giovani, elementi tanto importanti nel sostenere il loro "star bene" offrendo loro uno spazio informale di ascolto e partecipazione.

L'incontro con gli esperti aiuta poi a sviluppare

tutta quella parte progettuale relativa alla valutazione delle reali possibilità di concretizzare i progetti acquisendo le necessarie informazioni e conoscendo gli aspetti procedurali e tecnici.

Altra attività su cui la Co-Progettazione ha investito è quella dell'intercettazione precoce delle preoccupazioni degli adulti sui segnali di disagio giovanile che si può esprimere con le varie forme di dipendenza e con comportamenti disfunzionali. In questi casi, talvolta, gli adulti, in particolare i genitori, tendono ad individuare nelle varie patologie l'origine del disagio mentre questo spesso è un emergente di difficoltà relazionali e psicologiche, fisiologiche in adolescenza. Per questo è importante avere interlocutori specialisti con cui confrontarsi per poter distinguere i segnali precoci di patologia dai normali agiti adolescenziali che mettono a dura prova gli adulti 8).

Abbiamo pensato di istituire presso la Casa della Salute sportelli di ascolto per genitori ed altri adulti di riferimento e di fare dei gruppi con associazioni del territorio che nelle loro attività incontrano i giovani. Questa parte del progetto ha presentato comunque delle difficoltà, infatti nonostante la rete sia stata informata, sia con locandine (Fig. 5, Locandina Sportello di Ascolto; Fig. 6 Locandina per invito ai Gruppi di sensibilizzazione sul disagio giovanile) che con comunicati stampa, l'adesione è stata minima; abbiamo pensato che forse è necessario più tempo per promuovere gli Sportelli e che è necessaria una proposta più strutturata per raccogliere adesioni per i gruppi; inoltre, mentre le altre attività erano già nel progetto precedente, questa è di nuova istituzione e quindi ha necessitato di un maggior tempo di preparazione.

All'interno del tavolo di Rete è stato pensato di prendere contatti diretti, tramite i funzionari dei servizi Sociali dei Comuni, con i rappresentanti delle varie associazioni: rioni, cantieri del carnevale, società sportive, scout, ecc. a cui fare la proposta dei gruppi di approfondimento sulle tematiche del disagio giovanile e raccogliere l'adesione degli interessati. Un primo incontro effettuato nel Comune di Castiglion Fiorentino ha visto una buona partecipazione e sarà replicato negli altri comuni.

Per quanto riguarda lo sportello abbiamo riflettuto

sulle difficoltà nel passaggio dell'informazione e con i giovani dell'associazione ECHO presenti nel tavolo si sta predisponendo uno spot informativo nuovo.

All'interno del progetto è stato inoltre effettuato un evento di sensibilizzazione sul gioco d'azzardo al femminile a cui hanno partecipato alcune associazioni che hanno manifestato la loro intenzione di proseguire la collaborazione su queste tematiche.

Un risultato del lavoro di Rete all'interno del Tavolo di Rete è stata infine la condivisione della progettazione relativa ad un Bando promosso dal Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze per progettare attività per i giovani con specifici programmi per la prevenzione delle dipendenze patologiche. Elemento importante per noi è che a presentare il Progetto oggetto del bando sarà un Comune come capofila degli altri con la partecipazione, come partner, della Zona Distretto con tutti i Servizi che lavorano con i giovani, SerD, UFSMIA, UFSMA, Consultorio, Educazione alla Salute, delle associazioni e cooperative che hanno collaborato nell'attuale progetto, del Centro di Psicoterapia Sistemica Comete e delle Scuole. Ci sembra infatti un risultato di qualità che siano proprio i Comuni, in collaborazione con altri Enti e Associazioni ad occuparsi della promozione del benessere dei giovani, prerequisito che permette a tutti di fare interventi efficaci di prevenzione precoce e su più livelli, delle dipendenze e del disagio in generale. Come SerD. parteciperemo al progetto ampliando la partecipazione al Tavolo con gli operatori che si occupano delle altre dipendenze oltre al Gambling.

Un altro risultato da segnalare è la partecipazione di tutti al Progetto, in maniera sempre più intensa e paritaria anche grazie alla Formazione sulla Concezione Operativa di gruppo, che è particolarmente efficace nel promuovere apprendimento 9) non di nozioni ma dall'esperienza del lavorare insieme.

Conclusioni

L'esecuzione di questo progetto ha portato al consolidamento della Rete tra Servizi, Associazioni, Enti Locali, Scuole, Giovani che va oltre il Progetto stesso. Infatti la conoscenza reciproca, il lavorare insieme in maniera paritaria, porta ad estendere la

collaborazione anche in altri ambiti di operatività creando un sistema virtuoso di collaborazione. Questo fa sperare che la Rete resti anche dopo la conclusione del Progetto, grazie alla partecipazione al Tavolo di persone interessate e sensibili che con la formazione comune hanno condiviso conoscenza, schemi di riferimento, progettualità, ideali. Quando parliamo di condivisione non intendiamo l'acquisizione di uno schema di riferimento unico ma il riconoscimento dei diversi schemi di riferimento e la valorizzazione delle differenze per lavorare insieme su di un Compito attraverso un processo gruppale di apprendimento con il contributo di tutti. Infatti, grazie al processo fatto insieme abbiamo potuto meglio differenziare i diversi interventi e le diverse risorse consapevoli che ognuno fa la sua parte, anche molto diversa dalle altre, ma proprio per questo, contribuisce ad ampliare le potenzialità del Progetto e a meglio portare avanti il Compito della Prevenzione e per questo non c'è bisogno di proporsi come alternativa o migliori degli altri.

Bibliografia

1. 1979 Pichon Riviere, Teoria del Vincolo
2. 1985 Pichon Riviere, Processo Gruppale
3. D.L. 3-7-2017, n 117, Codice del Terzo Settore
4. D.M. 77/2022, La nuova Sanità Territoriale
5. 1986 Bleger, Psicoigiene e Psicologia Istituzionale
6. 2010 Bleger, Simbiosi e Ambiguità
7. 1994 Bauleo, Clinica Gruppale e Clinica Istituzionale
8. 1970 Aberastury, La adolescencia normal
9. 1978 Bauleo, Ideologia, gruppo e famiglia

PIANO DI CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO E NUOVE DIPENDENZE

Cantieri del Gioco e della Creatività

6 DICEMBRE 2024

Seminario di restituzione

Sala San Michele
Piazza del Municipio, 12
Castiglion Fiorentino
Arezzo

ore 9:00
**ACCOGLIENZA
REGISTRAZIONE
DEI PARTECIPANTI**

ore 9:15
**INTRODUZIONE DEI LAVORI
A CURA DEL SERVIZIO SER.D
DOTT.SSA FABRIZIA GIUSTI
DOTT.SSA SILVIA CANTELLI**

ore 9:30
SALUTI ISTITUZIONALI

ore 9:45
INIZIO DEI LAVORI

"PROPAGAZIONI"
EDOARDO FRACASSI

"DAL NOSTRO PUNTO DI VISTA"
DOG ASSOCIAZIONE OPERATORI DI STRADA

"LIBERI DI SCEGLIERE"
PASQUALE SOMMA GRUPPO ABELE

"WORLD CAFÈ"
CHIARA TRIBBIOLI CONSORZIO CHORA

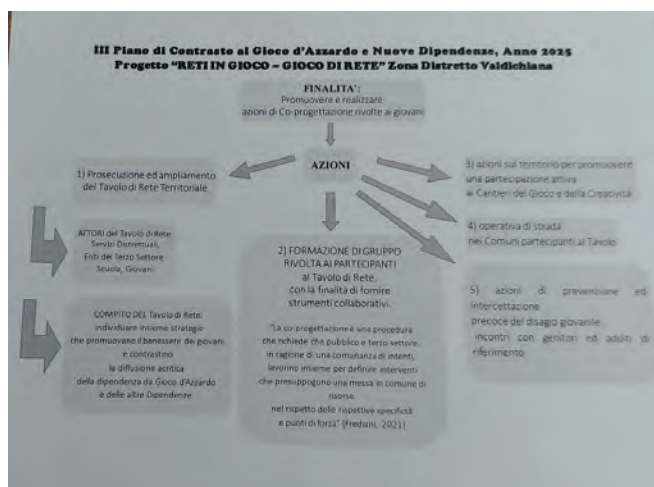
ore 11:45
**CONFRONTO E
DIBATTITO**

ore 12:30
**CONCLUSIONI
A CURA DEI SINDACI**

Regione Toscana
Iniziativa realizzata nell'ambito del piano di contrasto al gioco d'azzardo

Centro regionale di ascolto per il gioco d'azzardo
800 88 15 15





SPORTELLO DI ASCOLTO E ORIENTAMENTO PER IL CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO E NUOVE DIPENDENZE

Rivolto a: Genitori e Adulti di riferimento

GIOVEDI' dalle 12.00 alle 15.30 nelle seguenti date:
17 Aprile -15, 29 maggio -19, 26 Giugno -3,24 Luglio
11,25 Settembre -2,16 ottobre -13,20 Novembre

CASA DELLA COMUNITA' di Castiglion Fiorentino,
Via Madonna del Rivaio, 87 - SALA RIUNIONI

Per un ascolto e un orientamento sulle problematiche legate alla vulnerabilità giovanile con particolare attenzione ai comportamenti a rischio di dipendenza

SSIT Azienda USL Toscana sud est Servizio Sanitario della Toscana

AV Valdichiana retina (Logos for various local entities: Comune di Cortona, Comune di Arezzo, Comune di Castiglion Fiorentino, Comune di Arezzo, Comune di Cortona, Comune di Castiglion Fiorentino)

COMETE (Logo for Centro regionale di ascolto per il gioco d'azzardo)

Regione Toscana Iniziativa realizzata nell'ambito del piano di contrasto al gioco d'azzardo

Centro regionale di ascolto per il gioco d'azzardo

800 88 15 15

Incontri di gruppo per adulti di riferimento dei giovani nella comunità:

- Allenatori di società sportive
- Referenti di rioni o cantieri
- Referenti di associazioni del territorio che coinvolgono anche i giovani

Un percorso dedicato all'analisi e alla riflessione sui segnali di vulnerabilità durante l'adolescenza, con particolare attenzione ai comportamenti a rischio di dipendenza, in una fase delicata dal punto di vista neurobiologico e psicologico.

- Sabato 10/05/25 dalle 9 alle 11: Analisi e rappresentazione del fenomeno - Focus sui cambiamenti adolescenziali, sullo stress e la sofferenza legati a questa fase.
- Sabato 14/06/25 dalle 9 alle 11: Esperienze: contatto con la vulnerabilità - Approfondimento attraverso riflessioni sulle esperienze e sul riconoscimento della vulnerabilità nei giovani.
- Sabato 28/06/25 dalle 9 alle 11: Riflessione sulle particolari situazioni - Discussione sui casi specifici di vulnerabilità e le possibili soluzioni.

CASA DELLA COMUNITA' di Castiglion Fiorentino, via Madonna del Rivaio 87 - SALA RIUNIONI

A cura del Centro Co.Me.Te Arezzo - Cortona
www.cometearezzo.it

PER INFORMAZIONI E ISCRIZIONI:
INFO@COMETEAREZZO.IT

SSIT Azienda USL Toscana sud est Servizio Sanitario della Toscana

AV Valdichiana retina (Logos for various local entities: Comune di Cortona, Comune di Arezzo, Comune di Castiglion Fiorentino, Comune di Arezzo, Comune di Cortona, Comune di Castiglion Fiorentino)

COMETE (Logo for Centro regionale di ascolto per il gioco d'azzardo)

Regione Toscana Iniziativa realizzata nell'ambito del piano di contrasto al gioco d'azzardo

Centro regionale di ascolto per il gioco d'azzardo

800 88 15 15

17.3

INTERMEDIUM: UN MODELLO INNOVATIVO PER LA PREVENZIONE E L'INTERVENTO PRECOCE NELL'USO DI SOSTANZE GIOVANILE

Esposito P.*, Litardi C., Gottardo F., Curti L.
Coop. Sociale Alice ~ Italy

Intermedium è un servizio che nasce a Torino per intercettare giovani che usano sostanze e restano lontani dai servizi tradizionali. Offre ascolto psicologico gratuito e a bassa soglia, integrando prevenzione, riduzione del danno e orientamento ai servizi. Un modello innovativo, flessibile e replicabile per rispondere alle vulnerabilità emergenti. Dentro la città che cambia: consumi giovanili e risposte in movimento

Negli ultimi vent'anni, il territorio torinese ha visto emergere una pluralità di iniziative – istituzionali, del terzo settore e informali – dedicate all'uso di sostanze. In questo contesto si colloca il Progetto Neutavel, attivo dal 2008 nella riduzione del danno nei contesti del divertimento. Da questa esperienza, nel dicembre 2020, nasce Intermedium, un servizio psicologico a bassa soglia rivolto a persone che usano sostanze, con un'attenzione particolare a chi resta escluso dai percorsi terapeutici tradizionali.

Neutavel e Intermedium hanno costruito una rete ampia e dinamica, che include soggetti istituzionali (ASL T03, T04, CN2, Città di Torino), enti del terzo settore (Gruppo Abele, Forum Droghe, Isola di Arran) e reti europee (TEDi, NEWNet, Correlation). Particolarmente rilevante è la collaborazione con gruppi informali attivi nella peer education, che rappresentano una risorsa strategica nella prevenzione e gestione dei consumi e costituiscono canali privilegiati per raggiungere giovani e giovani adulti, spesso restii ad accedere ai servizi.

Consumo e vulnerabilità: la zona grigia del rischio

L'esperienza di Neutavel ha posto lo sguardo su un target specifico: soggetti che usano sostanze senza una dipendenza, ma con fragilità emotive, sintomi dissociativi, ansia o vissuti depressivi, che possono avere difficoltà ad accedere ai servizi dei sistemi di cura. Si tratta di consumi non sempre patologici, ma che possono evolvere in traiettorie psicopatologiche (Martinotti et al., 2020) quando si cronicizzano come strategie di coping disfunzionali. L'uso può allora diventare espressione di un disagio psichico, e allo stesso tempo fattore che lo rafforza.

Il consumo di sostanze è un fattore di rischio trasversale, con impatti psicologici (alterazione delle capacità di coping, attivazione di quadri patogeni latenti), neurobiologici (stress, circuiti della ricompensa, vulnerabilità all'ansia e ai disturbi dell'umore – Volkow et al., 2016) e sociali (stigmatizzazione, drop-out scolastico, disoccupazione – Fergusson et al., 2002). La probabilità che l'uso si complichì dipende da fattori contestuali, come l'esordio precoce, l'assenza di reti familiari e la mancanza di interventi precoci (Spencer et al., 2021).

Dalla pandemia ai nuovi consumi: mutamenti e criticità

La pandemia da Covid-19 ha amplificato le vulnerabilità già presenti, incidendo duramente sulla salute mentale, soprattutto nei giovani (Roe et al., 2021). Isolamento, lutti e perdita di riferimenti hanno favorito l'uso di sostanze come strategia di autogestione del disagio (Avery et al., 2020), con conseguenze psicopatologiche a medio termine (Hamada & Fan, 2020).

È in questo contesto che nasce Intermedium, con l'obiettivo di rispondere a una vulnerabilità crescente. Nonostante la fine dell'emergenza sanitaria, l'accesso ai servizi pubblici resta complesso per molte persone con un uso problematico: sembrano non trovare risposte adeguate nei servizi o le rifiutano.

Un ulteriore ostacolo infatti è rappresentato dal doppio stigma, legato sia all'uso di droghe sia alla salute mentale (Hantzi et al., 2018), che scoraggia l'accesso alla cura.

Parallelamente, emergono con forza le Nuove Sostanze Psicoattive (NPS), spesso acquistate online e consumate da giovani inesperti, privi di informazioni sui rischi e punti di riferimento. La loro natura sintetica e mutevole le rende difficili da intercettare con gli strumenti clinici tradizionali, aumentando l'invisibilità del fenomeno. I report europei e italiani (GDS, 2019; BAONPS, 2023) evidenziano una crescita significativa della loro diffusione, trainata da curiosità, desiderio di esperienze estreme o dalla necessità di modulare stati psichici disturbanti.

Questa complessità sfugge spesso alle maglie dei servizi pubblici, lasciando senza riferimento e sostegno una fascia di consumatori atipici potenzialmente a rischio. Intercettare precocemente questi vissuti, prima che si traducano in sofferenza strutturata, è oggi una sfida clinica e culturale urgente.

Il modello Intermedium: struttura, finalità e strumenti operativi

Soggetti coinvolti

Il servizio si rivolge principalmente a giovani e giovani adulti (18–35 anni) che fanno uso di sostanze e che, per stigma, sfiducia o assenza di una dipendenza conclamata, non si rivolgono ai servizi territoriali. Parallelamente, rappresenta una risorsa indiretta anche per gli operatori socio-sanitari (SerD, CSM, privato sociale), offrendo un osservatorio privilegiato e uno spazio ponte che facilita la gestione delle situazioni di consumo.

Obiettivi

Gli obiettivi di Intermedium si articolano lungo più dimensioni tra loro complementari e interdipendenti. Sul piano della prevenzione e della salute mentale, il servizio mira a ridurre il rischio di disagio psicologico ed emarginazione, offrendo uno spazio gratuito e a bassa soglia capace di intercettare precocemente le fragilità personali. Questo impegno si colloca all'interno della più ampia cornice della tutela della salute pubblica, intesa, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, come benessere fisico, psichico e sociale. L'approccio è coerente con un modello attuale di intervento sulle dipendenze

che integra i principi della riduzione del danno in un'ottica multidimensionale, come delineato nei documenti più recenti per le politiche sociali (DPA, 2025).

Accanto a queste finalità, il servizio promuove la destigmatizzazione e la diffusione di informazioni: il contrasto dei pregiudizi e la creazione di contesti non giudicanti favorisce la condivisione e l'elaborazione della relazione fra soggetto e sostanza, ampliando la possibilità di cura. In parallelo, il lavoro sulle reti di sostegno favorisce un coordinamento più efficace tra servizi pubblici e realtà informali, così da offrire risposte coerenti e accessibili.

Infine, il servizio si pone come osservatorio privilegiato del fenomeno cangiante del consumo di sostanze, raccogliendo dati e stimolando riflessioni critiche utili a orientare politiche socio-sanitarie più aderenti ai bisogni dei giovani consumatori.

Metodologia

Dal punto di vista metodologico, Intermedium adotta un approccio basato sulla riduzione del danno e sul non giudizio, offrendo un contesto sicuro e accogliente. L'ascolto psicologico e la relazione empatica diventano strumenti fondamentali per favorire l'attribuzione di significato alle esperienze di uso e per prevenire l'isolamento. Il modello di riferimento è quello "Drug Set & Setting" (Zimberg, 1984), arricchito dall'utilizzo del Brief Intervention (McCambridge & Strang, 2003). Gli interventi vengono modulati in base alla domanda raccolta, ai bisogni emersi e alle risorse individuali, in un'ottica multidimensionale che comprende la persona nella sua totalità.

Struttura del servizio

La struttura del servizio prende forma come segue: l'équipe è composta da psicologi, psichiatri e assistenti sociali che lavorano in sinergia tra loro e con i servizi, integrando i diversi livelli di competenza di cura psicologiche, medico-biologiche e sociali, secondo il modello biopsicosociale.

L'accesso è libero, gratuito e anonimo; sono previsti colloqui online e un recapito telefonico per gestire le urgenze.

Azioni

Le azioni comprendono: fornire informazioni di

riduzione del danno, offrire consulenza su sostanze e farmaci, accompagnare nell'elaborazione di esperienze associate all'uso di sostanze e orientare ai servizi territoriali quando necessario. Si offrono inoltre percorsi psicologici brevi, basati su cicli di 5-10 colloqui che comprendono l'analisi della domanda, la valutazione del funzionamento psicologico, l'analisi dei fattori di rischio e protettivi e la definizione dell'area di intervento.

Un crocevia tra prevenzione, cura e inclusione. Gli interventi proposti permettono così di rispondere a una pluralità di bisogni che spaziano dall'elaborazione del vissuto individuale fino al reindirizzamento verso percorsi di cura specialistici. In tal modo Intermedium si configura come crocevia, luogo di dialogo e di accoglienza, uno spazio di prevenzione e inclusione che arricchisce l'offerta esistente concorrendo ad abbassare la soglia di accesso ai servizi e mantenendo come focus il benessere psicologico e sociale delle nuove generazioni.

Risultati e impatto dell'intervento

L'uso di sostanze psicoattive si presenta in molteplici forme, influenzate da fattori individuali, relazionali e culturali. Può essere ricreativo, sintomatico (come risposta a disagio emotivo), dissociativo (per sfuggire a esperienze dolorose) o auto curativo, senza necessariamente seguire un modello psicopatologico o di dipendenza.

Tuttavia, quando l'uso si fissa rigidamente, può cronicizzarsi e sfociare nella dipendenza o contribuire a esiti psicopatologici. In questo contesto, l'intervento precoce è fondamentale per favorire il cambiamento e la trasformazione.

Tra stigma e accoglienza

Dall'analisi delle richieste emerge un forte bisogno di orientamento verso i servizi territoriali, ostacolato da scarsa informazione, diffidenza e stigma. I giovani che usano sostanze faticano a rivolgersi ai servizi, e, frenati dalla paura dell'etichettamento, trovano difficile parlare del consumo anche con i propri curanti e con persone vicine, alimentando così vergogna e senso di colpa.

La creazione di spazi accoglienti e non giudicanti ha favorito un primo contatto e la costruzione di fiducia, condizioni necessarie per una possibile

alleanza terapeutica. Tuttavia, per superare le barriere residue è fondamentale mantenere una posizione clinica "ibrida", capace di sostenere e accompagnare senza forzare interventi prematuri. Il ruolo del professionista in tale contesto richiede equilibrio tra ascolto non giudicante (fondato su principi deontologici) e attenzione clinica, evitando sia il permissivismo (con il rischio di inazione e sottovalutazione del problema) sia l'eccessivo interventismo (che può generare chiusura ed etichettamento). L'assenza di una connotazione esplicitamente terapeutica consente di sostenere questa postura e facilitare l'emersione di una domanda di cura.

La posizione di Intermedium, tra doppio stigma (nei confronti dell'uso di sostanze e nei confronti della salute mentale), implica un duplice intervento: a livello collettivo, di sensibilizzazione culturale, e a livello individuale, di accoglienza attiva, con l'intento trasversale di valorizzare narrazioni alternative che superino il nesso semantico implicito tra uso di sostanze e dipendenza.

L'intervento collettivo

Intermedium ha promosso una cultura della salute mentale e dell'uso di sostanze non giudicante e fondata su basi scientifiche, dialogando con diversi ambiti del sapere. Per contrastare lo stigma e favorire la riflessione, ha partecipato a oltre 20 eventi pubblici (presentazioni, incontri, talk, podcast, convegni), coinvolgendo più di 30 realtà territoriali, nazionali e internazionali.

Ha attivato collaborazioni con istituzioni sociali, accademiche e dell'informazione, valorizzando il dialogo con studenti delle scuole e università, promuovendo attività di prevenzione, e realizzando formazioni per professionisti della salute mentale e associazioni.

L'intervento individuale

Nel corso del suo lavoro sul territorio, Intermedium ha accolto circa 100 persone, offrendo oltre 500 colloqui psicologici individuali. Lo spazio accoglie mediamente 3-4 nuove persone ogni mese, segno di un bisogno continuo e di una fiducia crescente nei confronti di un servizio che si propone come accessibile, gratuito e non giudicante.

I dati di seguito riportati coprono due periodi di

attività: gennaio 2021 - luglio 2022 e maggio 2024 - settembre 2025.

Chi arriva a Intermedium

Allegato 1. Età, Genere, Occupazione

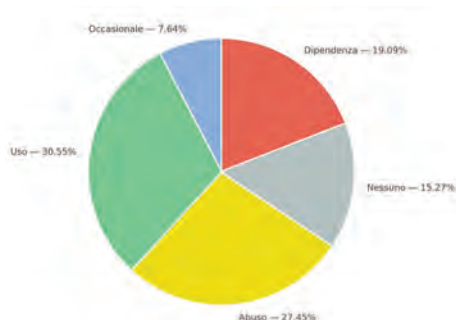


L'utenza è prevalentemente giovane e in maggioranza maschile, ma ciò che colpisce è la significativa presenza di persone che presentano incongruenza di genere. Questo evidenzia la capacità del servizio di configurarsi come spazio sicuro e inclusivo, capace di accogliere soggettività spesso ai margini del sistema.

Le persone accolte si distribuiscono in modo abbastanza equilibrato tra studenti, lavoratori e studenti-lavoratori, a testimonianza del fatto che l'uso di sostanze non è legato a una specifica condizione sociale, ma attraversa trasversalmente esperienze di vita molto diverse.

Consumo tra controllo e dipendenza: la mappa dell'uso

Allegato 2. Stili di consumo



Lo stile di consumo viene qui distinto in quattro categorie principali: Uso occasionale (sporadico e senza conseguenze significative); Uso controllato (limitato e consapevole); Abuso (frequente e con impatti negativi); Dipendenza (quando l'uso diventa percepito come bisogno o necessità).

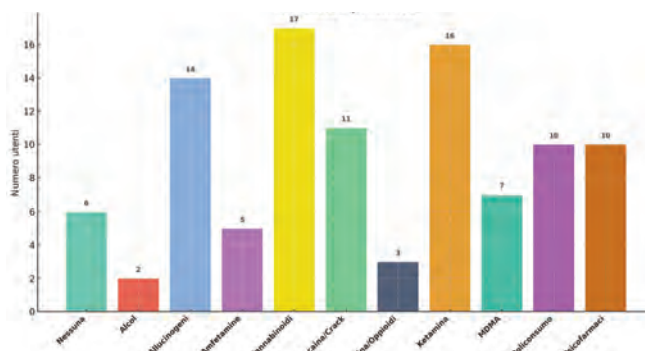
Circa la metà delle persone accolte presenta un uso limitato e non compromettente, mentre l'altra metà si colloca tra abuso e dipendenza. Solo il 19,1%

rientra pienamente nella categoria di dipendenza. Questa distribuzione mostra come Intermedium intercetti precocemente un'area grigia di consumatori: persone a rischio, lontane dai servizi, in equilibrio su un crinale sottile tra uso ricreativo e problematico, in una fase ancora aperta a riflessione, possibilità di cambiamento e ad interventi di prevenzione di esiti patologici.

In sostanza: policonsumo, psicofarmaci, allucinogeni e ketamina

La tipologia di sostanze è estremamente variegata, così come lo sono i pattern d'uso.

Allegato 3. Sostanza primaria



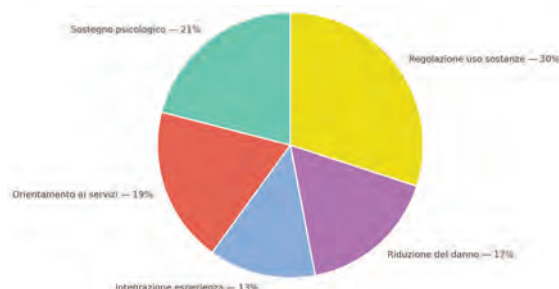
Intermedium riscontra, sull'onda delle recenti ricerche scientifiche e della loro diffusione nei media mainstream, un crescente interesse per gli psichedelici, in particolare per la psilocibina, spesso vista come possibile strumento di autocura del disagio psichico.

Un altro elemento rilevante è l'alto tasso di policonsumo, presente nel 47% dei casi, che rende il quadro clinico più complesso e confuso. In alcuni casi sono stati osservati sintomi psicotici che hanno richiesto un intervento attento e l'attivazione di percorsi psichiatrici paralleli, in un'ottica integrata e non stigmatizzante.

Tuttavia, il dato più critico riguarda l'aumento significativo dei casi legati all'abuso di ketamina. Questo fenomeno, in forte crescita, coinvolge persone spesso già compromesse a livello fisico e psicologico, che faticano a vedere nei servizi territoriali una risposta adatta ai loro bisogni, questo sia per lo stigma che ancora avvolge i servizi che per la minor attenzione che in questi viene rivolta al consumo di ketamina. Il vuoto informativo e clinico intorno alla ketamina rende questo target particolarmente fragile e isolato.

Domande

Allegato 4. Analisi delle richieste



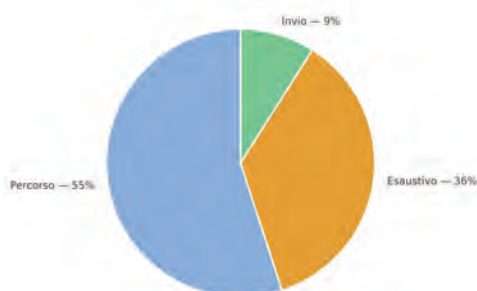
La domanda più frequente è quella di aiuto per regolare un consumo che sentono sfuggire di mano, o del quale temono la progressiva perdita di controllo.

In molti casi le persone chiedono un sostegno psicologico connesso a questioni personali e relazionali intrecciate all'uso di sostanze.

Una parte significativa cerca invece orientamento ai servizi, utilizzando Intermedium come uno spazio temporaneo per fare chiarezza, capire come e dove poter affrontare il proprio disagio. Altre richieste riguardano l'esigenza di elaborare esperienze particolarmente intense vissute sotto effetto di sostanze – spesso allucinogene – o di ricevere informazioni affidabili e scientifiche sul funzionamento delle sostanze e sulle pratiche di riduzione del danno, anche per conto di altre persone.

Come lavora Intermedium

Allegato 5. Tipo di intervento



Il lavoro di Intermedium si struttura in modo flessibile, rispondendo alla varietà delle richieste.

In alcuni casi, un singolo colloquio può essere esaustivo, ad esempio quando si tratta di fornire informazioni, orientare ai servizi o elaborare un'esperienza derivante dall'uso di sostanze. In questi

casi, lo spazio di ascolto si configura come momento puntuale ma significativo, che lascia comunque aperta la possibilità di un ritorno futuro.

In casi più complessi, l'intervento si articola in più colloqui, a volte con l'obiettivo di accompagnare la persona verso servizi specifici del territorio. Qui, Intermedium assume il ruolo di "hub temporaneo": accoglie la sofferenza, lavora sulla motivazione, raccoglie i consensi e si coordina con professionisti e servizi per costruire, laddove possibile, un percorso di cura condiviso e sostenibile.

L'intervento breve psicologico

Oltre la metà delle persone si rivolge a Intermedium per ricevere aiuto psicologico o comprendere e regolare il proprio rapporto con le sostanze. La varietà delle domande richiede una risposta non standardizzata, costruita sulla singolarità della persona e dei suoi bisogni.

L'équipe si confronta costantemente sui casi in uno spazio di intervizione, utile per riflettere sul miglior posizionamento clinico da adottare. Questo approccio dinamico permette di rinnovare il bagaglio concettuale e clinico, mantenendo al centro la persona e la relazione, piuttosto che il sintomo.

La parola è lo strumento principale del percorso. Attraverso il dialogo, lo psicologo aiuta a far emergere ciò che la sostanza tende a nascondere: emozioni, traumi, desideri, non detti. Il lavoro clinico non si limita all'uso di sostanze, ma restituisce complessità al vissuto, reinserendo la sostanza all'interno di una narrazione più ampia e meno stigmatizzante.

La parola tra le sostanze

Il lavoro psicologico si sviluppa dalla narrazione individuale e dal significato attribuito all'uso di sostanze. Non si parte da diagnosi precostituite o da letture patologizzanti, ma da una posizione di ascolto che riconosce chi chiede aiuto come soggetto attivo, capace di interrogarsi e dare senso al proprio comportamento. L'obiettivo non è "curare" l'uso, ma comprenderne il ruolo nella vita della persona, senza negarne le contraddizioni: dal piacere al dolore, dalla fuga alla ricerca di senso. Questo approccio richiede attenzione e delicatezza. Porre come centrale la sostanza può rafforzare

ne il potere simbolico e identitario, soprattutto nei giovani, dove l'uso rischia di diventare una risposta automatica al disagio o un elemento centrale nella costruzione del sé. Intermedium cerca di evitare questo scivolamento, proponendo un discorso più ampio che connette l'uso a contesti, emozioni, relazioni e vissuti.

Il colloquio diventa così uno spazio dove parlare della sostanza – anche nei suoi aspetti positivi – senza giudizio. Riconoscere piacere, divertimento o funzione consolatoria non significa legittimare l'uso, ma comprenderne la logica e poterla mettere in discussione. In questo modo si restituisce alla persona la possibilità di scegliere, pensarsi anche al di fuori dell'uso, prendere distanza da automatismi e dipendenze.

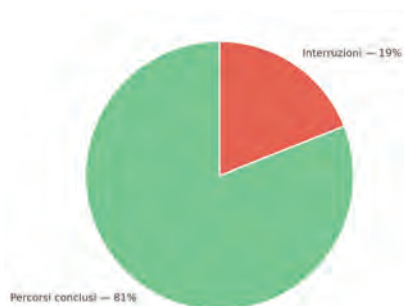
Tra sostegno e responsabilità: l'equilibrio clinico in un contesto fluido

Lo psicologo è chiamato a mantenere un equilibrio sottile: offrire ascolto e accoglienza, ma anche fornire informazioni su rischi e danni senza toni allarmistici o moralizzanti. La responsabilità clinica include anche la modalità comunicativa, modulando il linguaggio per evitare chiusure e promuovere consapevolezza e responsabilità.

Nel lavoro con i giovani l'obiettivo è prevenire: la sostanza non deve diventare l'unico riferimento, o l'unica strategia per affrontare il disagio. Si cerca di riattivare desideri, risorse e possibilità, aprendo spazi espressivi alternativi. Nei casi di dipendenza o uso cronicizzato, il focus si sposta sulla riduzione del danno e sul sostegno psicologico, mantenendo un contatto e accompagnando, anche solo potenzialmente, verso una futura domanda di cura.

Compliance e validazione dell'intervento

Allegato 6. Compliance



Il monitoraggio costante di colloqui, ritorni e drop-out ha permesso di valutare concretamente la tenuta della relazione terapeutica e l'efficacia dell'approccio di Intermedium. In un contesto a bassa soglia, gratuito e senza obblighi, la sfida è stata costruire una relazione significativa ma non vincolante, capace di adattarsi ai bisogni e ai tempi delle persone. L'analisi dei dati ha mostrato che spesso si è instaurato un clima di fiducia e alleanza sufficiente ad avviare percorsi psicologici, anche brevi, ma adatti a domande complesse. Il risultato conferma la validità del metodo e l'importanza di uno spazio accogliente, non giudicante e centrato sulla persona, capace di incentivare l'accesso alla cura anche per chi solitamente ne resta lontano.

Conclusioni

Un modello efficace e replicabile

Intermedium ha dimostrato l'efficacia di un approccio clinico a bassa soglia, non giudicante e centrato sull'ascolto psicologico. Raggiunge un target spesso escluso dai servizi, offrendo uno spazio di riflessione, consapevolezza e cambiamento.

Intervento precoce e multidimensionale

Il servizio integra:

Prevenzione primaria: alfabetizzazione su sostanze e salute mentale;

Prevenzione secondaria: identificazione precoce dei consumi a rischio;

Supporto psicologico breve: colloqui mirati;

Orientamento: accompagnamento ai servizi e contrasto dello stigma.

Punti di forza del modello:

Accesso gratuito, libero e anonimo

Équipe multidisciplinare

Approccio clinico non patologizzante

Integrazione nelle reti territoriali

Relazione terapeutica flessibile e motivante

Criticità e sviluppi futuri

Tra i limiti attuali si segnalano l'assenza di una strutturata proposta terapeutica e la necessità di un equilibrio costante tra accoglienza, intervento

e orientamento. Tuttavia, i dati confermano un trend positivo sia in termini quantitativi (accessi) che qualitativi (apprezzamento e compliance).

Le prospettive future includono: stabilizzazione e potenziamento del servizio; formazione di operatori su nuove sostanze e modelli non patologizzanti; estensione del modello in scuole, università e spazi giovanili; sviluppo di collaborazioni inter-settoriali.

Focus su nuove vulnerabilità: Ketamina

Intermedium dal suo polo di osservatorio attivo sui consumi emergenti, ha portato la sua attenzione all'uso di ketamina, sempre più diffuso tra i giovani e poco intercettato dai servizi pubblici. Ha rilevato pattern autoterapeutici legati a disagio emotivo e alienazione, e risposto dando vita ai K-Group, gruppi di sostegno dedicati all'uso problematico di ketamina, che partiranno a ottobre 2025 con oltre 35 adesioni già raccolte.

Una proposta culturale e clinica

Intermedium si configura come presidio strategico di salute mentale inclusiva e preventiva, vicino ai linguaggi e ai vissuti giovanili. La sua replicabilità può favorire l'accesso precoce alla cura, prevenire la cronicizzazione del disagio e contrastare stigma e isolamento.

Bibliografia

- Avery, J., Han, B. H., Zerbo, E., & Wu, L. T. (2020). Co-occurring substance use disorders and depression in U.S. adults: Results from the National Survey on Drug Use and Health. *Journal of Affective Disorders*, 272, 209-215.
- Dipartimento per le Politiche Antidroga. (2025). Relazione al Parlamento 2025 sul fenomeno delle tossicodipendenze. Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2002). Pathways to cannabis use disorder: Evidence from a 25-year longitudinal study. *Addiction*, 100(5), 641-651.
- Hamada, T., & Fan, X. (2020). The impact of COVID-19 on individuals with substance use disorders: A systematic review. *Psychiatry Research*, 291, 113246.
- Hantzi, A., Anagnostopoulos, F., & Alexias, G. (2018). Self-stigma, mental health and substance use: A narrative review. *Psychology, Health & Medicine*, 23(3), 326-333.
- Martinotti, G., Alessi, M. C., Di Natale, C., Sociali, A., Ceci, F., Lucidi, L., Janiri, L. (2020). Psychopathological burden and quality of life in substance users during the COVID-19 lockdown period in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 572245.
- McCambridge, J., & Strang, J. (2003). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: Results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99(1), 39-52.
- Regione Piemonte – Dipartimento Salute e Politiche Sociali. (2023). BAONPS: Linee guida e raccomandazioni per la gestione delle nuove sostanze psicoattive (NPS). Regione Piemonte.
- Roe, L., Proudfoot, J., & Waller, R. (2021). Social support and young people's mental health during COVID-19: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 642568.
- Spencer, A. E., Gopalan, P., & Armbruster, B. (2021). Principles of care for young adults with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 30(2), 283-298.
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371.
- Winstock, A. R., Barratt, M. J., Maier, L. J., Aldridge, A., Zhuparris, A., Davies, E., ... & Global Drug Survey. (2019). Global Drug Survey 2019: Key findings report. Global Drug Survey.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use*. Yale University Press.

Area tematica 18

LA TUTELA DELLA SALUTE NEI CONSUMATORI DI SOSTANZE

18.1

DRUG CHECKING ED ELETTROANALISI: UN APPROCCIO INNOVATIVO DI PREVENZIONE E TUTELA DELLA SALUTE NEI CONSUMATORI DI SOSTANZE

Bertolino S.*

Progetto Neuttravel ~ Torino ~ Italy

Il drug checking come intervento clinico ed i LEA per la prevenzione delle overdose e la tutela dei consumatori; focus su tecniche elettroanalitiche portatili per il riconoscimento precoce di oppioidi sintetici e la discriminazione qualitativa e quantitativa di analiti in miscele complesse.

Il presente contributo illustra in maniera approfondita, dettagliata e articolata il ruolo cruciale del drug checking (DC) come intervento clinico, sociosanitario e preventivo, riconosciuto come Livello Essenziale di Assistenza (LEA) e parte integrante della strategia di tutela della salute dei consumatori di sostanze psicoattive, con particolare attenzione al contesto operativo dei Servizi per le Dipendenze (SerD.) e alla loro funzione primaria di prevenzione delle overdose, riduzione del danno e promozione di comportamenti più sicuri tra le popolazioni che fanno uso di sostanze. Il mercato delle sostanze attualmente presenta una complessità senza precedenti, con la diffusione capillare di nuove sostanze psicoattive (NPS), oppioidi sintetici ad altissima potenza come deri-

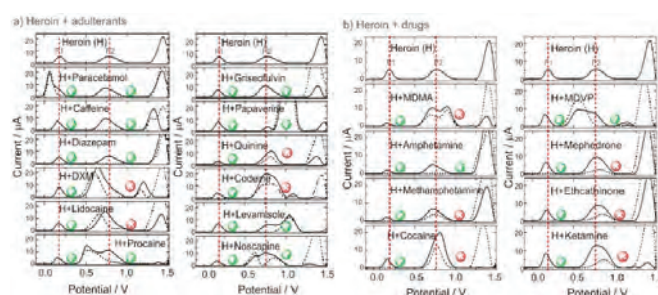
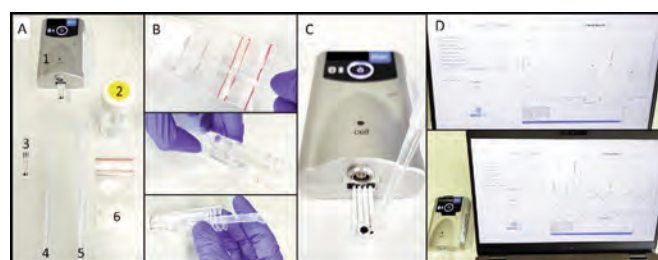
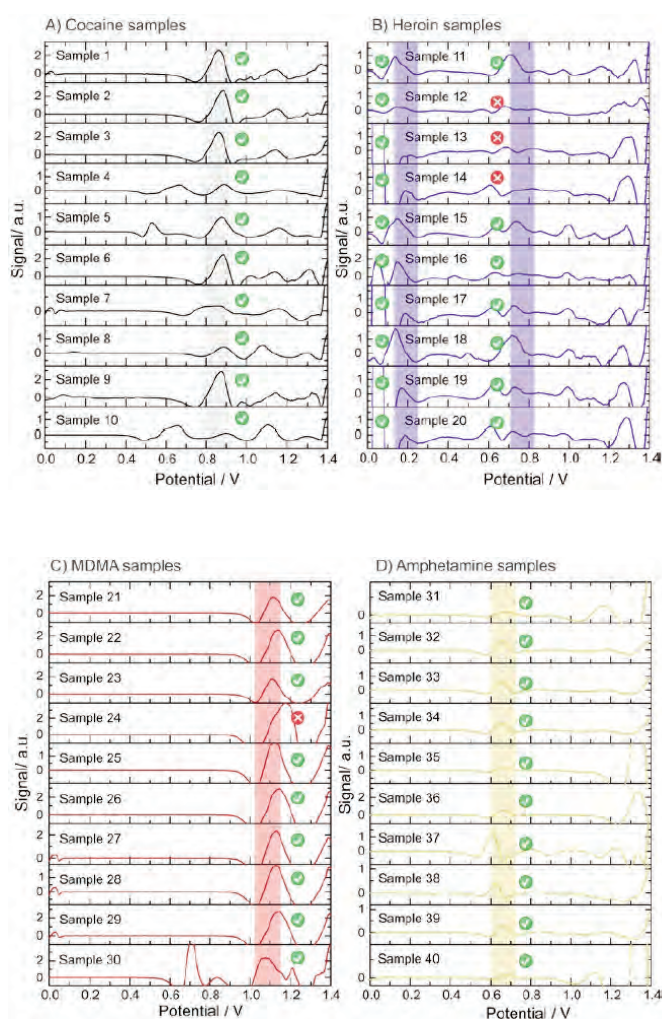
vati fentanilici e nitazeni, e un'ampia gamma di adulteranti, eccipienti e sostanze da taglio non dichiarate, elementi che aumentano significativamente i rischi tossicologici e rendono indispensabile un approccio integrato che comprenda prevenzione universale, selettiva e indicata, monitoraggio sistematico, interventi clinici tempestivi e informazione mirata ai consumatori. In questo contesto, i Servizi per le Dipendenze svolgono un ruolo centrale, rappresentando il punto di contatto privilegiato con persone che spesso si trovano in situazioni di vulnerabilità, con accesso limitato a informazioni sanitarie affidabili e a percorsi di cura strutturati, rendendo necessario l'impiego di strumenti immediati, sicuri ed efficaci per la valutazione del rischio associato all'uso di sostanze e per il supporto all'adozione di comportamenti più sicuri. Il drug checking, applicato in contesti di riduzione del danno e integrato con interventi clinici e psicosociali mirati, consente di fornire informazioni tempestive e personalizzate ai consumatori sulla composizione delle sostanze, sul dosaggio reale, sulla presenza di adulteranti, contaminanti e sostanze da taglio non dichiarate, e rafforza la consapevolezza del rischio come leva primaria per la prevenzione di eventi avversi gravi, inclusi episodi di overdose, che continuano a rappresentare una delle principali cause di mortalità prevenibile tra le persone che fanno uso di sostanze. L'esperienza sul campo mostra come l'informazione immediata, chiara e personalizzata offerta attraverso il DC influenzi positivamente le scelte dei consumatori, favorendo la riduzione del consumo in situazioni ad alto rischio, la suddivisione in dosi più sicure, la rinuncia a sostanze sospette, il rinvio dell'assunzione o l'accesso volontario ai servizi socio-sanitari, contribuendo così a costruire un rapporto di fiducia tra operatori e utenti, elemento indispensabile per la presa in carico precoce, la continuità assistenziale e il successo degli interventi di riduzione del danno. Oltre alla funzione informativa diretta sul singolo individuo, il DC rappresenta uno strumento sistematico e strutturato di raccolta dati utile a fini epidemiologici e di sorveglianza, poiché le informazioni chimico-tossicologiche aggregate alimentano i Sistemi di Allerta Precoce nazionali ed europei, permettono di individuare trend emergenti, nuove sostanze,

pattern di adulterazione e segnali di allarme precoce, e orientano interventi tempestivi su scala territoriale, consentendo una risposta più rapida, mirata e coordinata da parte delle autorità sanitarie, dei servizi e delle istituzioni, migliorando la capacità di prevenzione e di riduzione del danno su larga scala. In questo contesto, l'introduzione di tecniche elettroanalitiche portatili, in particolare la voltammetria ciclica e la voltammetria a impulsi differenziali eseguite mediante elettrodi screen-printed e potenziostati portatili, emerge come un'opportunità concreta, innovativa e sostenibile per potenziare il drug checking, garantendo elevata sensibilità nella rilevazione di oppioidi sintetici, NPS e altre sostanze anche a concentrazioni molto basse, rapidità di esecuzione, costi contenuti, facilità di trasporto e capacità di discriminare firme elettrochimiche anche all'interno di miscele complesse, colmando il divario operativo tra analisi di laboratorio e necessità di intervento immediato sul campo. Tali metodiche consentono di fornire feedback tempestivi e concreti al consumatore, supportando scelte più sicure e informate, permettendo di ridurre il rischio di assunzioni accidentali di sostanze particolarmente potenti, di combinazioni imprevedibili e di prodotti adulterati, e rendendo il DC uno strumento di riduzione del danno applicabile anche in contesti con risorse limitate, facilitando l'intercettazione di popolazioni difficili da raggiungere, aumentando l'engagement e il coinvolgimento attivo degli utenti nei percorsi di prevenzione e cura. Studi di letteratura internazionale condotti su campioni reali confermano la fattibilità, la sensibilità e l'affidabilità della voltammetria per il rilevamento rapido e accurato di sostanze psicoattive e adulteranti, dimostrando che queste tecniche possono essere integrate efficacemente in programmi di prevenzione, sorveglianza, ricerca epidemiologica e supporto decisionale clinico, migliorando la qualità delle informazioni a disposizione degli operatori, fornendo dati concreti alle istituzioni e aumentando la capacità di intervento su scala territoriale. L'approccio integrato combina competenze analitiche e chimico-tossicologiche con competenze psicosociali, tra cui counseling motivazionale, orientamento alla riduzione del danno, collegamento a percorsi di cura e reti di auto mutuo aiuto, facilitando l'engagement

di persone difficili da intercettare, promuovendo percorsi di presa in carico precoce, prevenendo complicanze acute e favorendo una maggiore aderenza ai percorsi terapeutici, di prevenzione e di riduzione del danno. Le esperienze pilota e la letteratura scientifica indicano che il DC può aumentare in maniera significativa la consapevolezza del rischio, ridurre comportamenti pericolosi, migliorare l'accesso ai servizi, generare evidenze preziose per la sanità pubblica, orientare interventi mirati e supportare strategie territoriali di prevenzione e riduzione del danno; tuttavia, la diffusione sistematica del DC nei SerD richiede la definizione di una cornice normativa chiara, protocolli operativi condivisi, formazione dedicata degli operatori, dotazioni tecnologiche appropriate, partenariati tra enti locali, centri di ricerca e comunità, e lo sviluppo di flussi operativi standardizzati, al fine di garantire sicurezza, efficacia e sostenibilità nel tempo. Azioni prioritarie per tradurre il potenziale del DC in impatto sanitario misurabile comprendono la realizzazione di unità mobili o sportelli itineranti, l'integrazione di procedure di referral clinico immediate, l'istituzione di flussi informativi standardizzati verso i sistemi di allerta, la promozione di campagne di sensibilizzazione rivolte sia ai consumatori sia agli operatori, la creazione di protocolli condivisi e la definizione di procedure operative dettagliate che consentano ai SerD di implementare il DC in maniera uniforme sul territorio, garantendo continuità, sicurezza, qualità e tracciabilità degli interventi, promuovendo una cultura della riduzione del danno basata su dati concreti, evidenza scientifica, innovazione, multidisciplinarietà e collaborazione tra operatori, ricercatori e comunità. Il drug checking supportato da tecniche elettroanalitiche rappresenta una best practice coerente con i temi centrali del XIV Congresso FeDerSerD, dalla ricerca clinica alla tutela della salute dei consumatori, dall'attenzione alle nuove sostanze psicoattive fino alla gestione dei farmaci analgesici potenti come il fentanyl, fornendo ai SerD uno strumento operativo per la prevenzione delle overdose, la discriminazione qualitativa di sostanze all'interno di miscele complesse, la promozione di comportamenti più sicuri e la diffusione di interventi di riduzione del danno basati sull'evidenza. Nel contributo vengono illustrate pro-

poste operative concrete, percorsi di implementazione adattabili ai contesti territoriali, esempi di flussi informativi, strategie di referral clinico immediato, modalità di collaborazione tra servizi e comunità, unità mobili, sportelli itineranti, formazione dedicata e campagne di sensibilizzazione, con l'obiettivo di stimolare interesse, condivisione e ado-

zione pratica nei servizi, consolidando il ruolo dei SerD come centri di prevenzione, assistenza e promozione della salute dei consumatori di sostanze e contribuendo a creare una cultura della riduzione del danno basata su dati concreti, sicurezza, innovazione, multidisciplinarietà, collaborazione e partecipazione attiva tra operatori, utenti e comunità.



18.2

I PAZIENTI ANZIANI E L'ACCESSO ALLA PENSIONE. RIFLESSIONI E PROPOSTE

Guerrini F.*, Parentela L., Cimino G., Ucciero R.
ASST Rhodenze - DSMD - UOC Dipendenze - SerD
Corsico ~ Corsico ~ Italy

Le dinamiche demografiche italiane producono un elevato indice di vecchiaia che sollecita un adeguato livello di welfare. L'accesso alla rendita pensionistica da lavoro è un elemento sensibile qui studiato con una intervista ai pazienti più anziani per capire se il loro reddito da pensione li espone ad una soglia di povertà che richiede supporto.

La attenzione dei Servizi è recentemente rivolta alla diffusione delle sostanze psicoattive e delle dipendenze comportamentali tra i giovani e, considerata la vistosità del fenomeno, è doveroso che dalla attenzione si passi a promuovere azioni, interventi e modalità efficaci per intercettare il disagio giovanile e l'assunzione di stili di "consumo" precoci per età e pericolosi per un equilibrato sviluppo psicofisico in età evolutiva. Le attivazioni su questo tema sono numerose e considerate prioritarie per i SerD.

Tuttavia i nostri Servizi per le Dipendenze hanno in carico una quota non trascurabile di pazienti che possiamo definire *âgée* i quali, per varie ragioni, necessitano di sostegni e interventi non solo sanitari ma anche di tipo socio assistenziale. Un dato chiaro da tempo è che la aspettativa di vita nella popolazione generale italiana è aumentata, quindi logico attendersi che essa aumenti, forse con dinamiche epidemiologiche diverse, anche tra i nostri pazienti.

Ciò comporta un assorbimento di risorse di welfare, da parte della popolazione anziana, elevato anche per il sovrapporsi delle situazioni di fragilità ulteriori a quelle dell'invecchiamento (numerosi stime riportano che il 70% delle risorse socio sanitarie viene assorbito da quel 30% di cittadini

che rientrano nei criteri di inclusione classificati nei livelli di fragilità). A conferma di ciò l'indice di vecchiaia riportato da ISTAT è piuttosto eloquente (199% nel 2024 in Italia e 188% in Lombardia nel 2023). Parimenti gli indici di dipendenza anziani (rapporto tra over 65 e popolazione attiva) e quello di dipendenza strutturale (over 65 e under 14 versus popolazione attiva) sono in lenta ma progressiva ascesa. La dinamica demografica che sta alla base di questi ultimi dati riflette senza dubbio anche il basso tasso di natalità italiano e, comunque, incide sulla spesa pensionistica che, attestatasi al 15% del PIL italiano, potrebbe arrivare al 17% nel 2040. Uno "specchio" di questa realtà è il numero di over 65 non autosufficienti, 4 milioni (ovvero persone che necessitano di assistenza continuativa).

Da tale contesto di partenza abbiamo tratto l'occasione per una riflessione sulla situazione pensionistica dei nostri pazienti e sulla loro possibilità di garantirsi una rendita permanente a seguito degli anni di lavoro svolti e, di conseguenza, di quanto essi possano contare su una sufficiente autonomia finanziaria o, al contrario, debbano -o dovranno- usufruire di un diverso sostegno pensionistico (per esempio un assegno sociale oppure una maggiorazione sociale ove previsto). Sono state escluse valutazioni sulla compresenza di una eventuale invalidità civile (I.N.P.S.) o relative all'Assegno di Inclusione che riflettono situazioni di fragilità sanitaria e/o finanziaria ma che rischiavano di disperdere il focus di questa riflessione, peraltro attualmente ad esso circoscritta nella consapevolezza che le variabili e le componenti di questa tematica sono numerose e articolate.

Tuttavia, al di là dei limiti dell'impianto di questa indagine, della numerosità degli intervistati (che però rappresentano almeno 1/5 dei pazienti annualmente in carico) e della impossibilità di confermare con la visione di documentazione le risposte dei pazienti, alcuni elementi ci sono apparsi nella loro verosimile e attendibile presenza: il ricorso frequente al lavoro "sommerso" per una larga parte della vita lavorativa degli intervistati; la presenza di un montante pensionistico esiguo che porterà, quindi, ad una pensione di limitata entità monetaria ed al ricorso a ulteriori sostegni socio finanziari diretti o indiretti ("ammortizzatori sociali" o inte-

grazioni assistenziali di vario genere); la scarsa consapevolezza da parte di numerosi intervistati rispetto alla propria situazione pensionistica (ad eccezione dei pochi che già percepiscono la rendita).

Ben lungi dal pensare che i nostri SerD debbano sostituire i C.A.F. o gli Enti locali, ci sembra proponibile, in una logica organizzativa che, tra l'altro, potrebbe essere utile anche per i pazienti più giovani, investire qualche risorsa in più nella formazione dei nostri operatori e nella promozione di "reti" più diffuse con gli altri Enti coinvolti in questa tematica considerando anche un elemento aggiuntivo ovvero che i programmi terapeutici dei soggetti più anziani sono per lo più territoriali. Il ricorso a programmi residenziali è reso complicato non solo dalla propensione dei pazienti a rimanere "sul territorio" ma anche dalle difficoltà che le Comunità Terapeutiche possono talora evidenziare nell'inserimento di soggetti anziani.

Pazienti e metodi

Il Sert di Corsico è posto nella area sud della Città Metropolitana di Milano in un ambito territoriale di circa 120 mila abitanti. Ha in carico annualmente circa 400 pazienti. Sono stati selezionati i 51 soggetti che alla data del 31/08/2025 avevano compiuto almeno 60 anni di età. Sono stati distribuiti nelle classi di età stabilite dall'ISTAT (60-64, 65-69, infine 70-74 e oltre 75 anni) e invitati ad una breve intervista condotta dagli infermieri, da un assistente sociale e da un medico del Servizio. L'intervista verteva sugli anni di contribuzione, ovvero sugli anni di lavoro svolti compresi quelli senza contratto e senza versamento contributivo previdenziale. I dati acquisiti sono stati inseriti incrociandoli con le classi di età attribuite.

Risultati

Il primo dato emerso, sul quale non ci si sofferma perché meritevole di ben altre riflessioni, è quello del lavoro "sommerso", quello senza contratto, senza coperture previdenziale ed assicurativa per gli infortuni. Questo dato ha riguardato l'84% dei pazienti intervistati i quali, nella propria vita lavorativa, hanno trascorso periodi di variabile durata in questa condizione di sotto occupazione o di lavoro "sommerso".

Il secondo dato emerso riguarda la presenza dei

soggetti effettivamente percettori di pensione di vecchiaia con un montante contributivo di circa 30 anni di contributi versati. Si tratta dei soggetti più anziani ovvero quelli nella fascia ISTAT 70-74 anni. Essi (5 soggetti) rappresentano poco meno del 10% (9,80%) degli intervistati o, più correttamente, il 41% degli over 65 dovendo, infatti, tener conto che gli intervistati della fascia di età più giovane sono ancora in età lavorativa (60-64 anni) per cui la percentuale dei pensionati va ricalibrata escludendo la fascia ISTAT più giovane.

Il terzo dato osservato è che 8 soggetti, tutti appartenenti alla fascia di età inferiore, hanno attualmente un lavoro regolarmente riconosciuto da un contratto valido per il versamento dei contributi da almeno 20 anni (il 42% nella medesima fascia d'età 60-64 anni e il 15,6% del totale).

Il quarto dato emerso è che i rimanenti 35, ovvero il 68,6%, ha una situazione che potremmo definire "ibrida" ovvero una situazione, a fronte di una età anagrafica di almeno 60 anni, che riflette periodi di effettiva contribuzione lavorativa inferiore ai 20 anni, frammentata da periodi di disoccupazione o da lavori precari e che, al netto dei sistemi di calcolo e di eventuali deroghe previste dalla legge, comporterà la acquisizione, una volta raggiunti i requisiti della età, di una pensione (di vecchiaia) o di un assegno sociale la cui entità monetaria è decisamente ridotta e prossima, o inferiore, alle soglie di povertà pubblicate dall'ISTAT annualmente.

Di 3 soggetti non si sono estratti dati attendibili per la eccessiva approssimazione con la quale hanno fornito informazioni relative al proprio status lavorativo e contributivo.

Conclusioni

L'intervista proposta ai pazienti più anziani in carico al Sert di Corsico e relativa alla loro situazione lavorativa collegandola a quella della previdenza pensionistica (già in essere nel caso dei più anziani) ha messo in evidenza un quadro nel quale è chiaro che la loro autonomia finanziaria è, o sarà, molto labile. Il montante pensionistico della maggior parte di essi (vedi i 4 dati emersi nei risultati) è piuttosto limitato e fa prevedere l'attribuzione di un assegno sociale o di una pensione di vecchiaia (stabilito il raggiungimento dei requisiti per l'accesso) il cui importo li mette ad eleva-

to rischio di dover ricorrere ad ammortizzatori sociali e a sostegni economici. Sebbene questo dato sia ampiamente atteso considerato l'impatto prodotto da una dipendenza patologica pervasiva anche nella vita lavorativa dei nostri pazienti, l'attivazione di interventi per evitare una ulteriore deriva sociale (oltre a quella della marginalità insita nella "patologia") dovrebbe essere almeno oggetto di riflessione della quale la prima considerazione prodotta è, a nostro parere, quella della necessità di promuovere una diffusa integrazione operativa con altri Enti, quelli cui compete in misura più specifica la gestione del percorso pensionistico dei nostri pazienti. Pertanto, nel contesto organizzativo dei SerD, pur già molto attivi e attenti a tutte le dinamiche della vita dei nostri pazienti, è auspicabile spendere qualche risorsa in più nella formazione degli operatori e nella promozione di "reti" diffuse e strutturate con i Servizi che hanno peculiare competenza in questa materia. È, in sostanza, una forma di prevenzione, pur in parte tardiva, per contenere i prossimi disagi sociali dei pazienti anziani ma essa diventa una forma di prevenzione, non più tardiva, ed anche di promozione alla salute (in un concetto più olistico che va oltre gli ambiti ed i termini sanitari) destinata ai soggetti più giovani e, da ultimo, coincide con un approccio teso anche a produrre un risparmio di risorse economiche almeno nel medio e lungo periodo.

Bibliografia e sitografia

- Approvazione del Piano di sviluppo del polo territoriale (PPT) 2025-2027 della ASST Rhodense.
- Ilsole24ore.com

18.3

L'IMPORTANZA DEL COUNSELING INFERMIERISTICO NELLA DIAGNOSI DELLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI NEL SERD DI PAVIA

Paganini E.*, Garberi E., Caccia L., Balestrieri R., Zanon M., D'Anneo F., Moro M., Riboni R., Zanon E., Massari B., Specchierla B.

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze- S.C. Servizio Dipendenze ASST di Pavia ~ Pavia ~ Italy

Il test per le infezioni sessualmente trasmissibili (IST) è un intervento essenziale di sanità pubblica, fondamentale per la diagnosi precoce dei casi, il trattamento tempestivo e la riduzione della diffusione delle infezioni.

Introduzione

Le MST più comuni includono infezioni batteriche come sifilide, gonorrea e clamidia, infezioni virali come HIV, epatiti B e C, herpes genitale e infezioni da HPV, *Mycoplasma genitalium* e Vaiolo delle scimmie. La sensibilizzazione delle fasce più giovani della popolazione sull'argomento è da considerarsi fondamentale, dato che la totalità dei soggetti sessualmente attivi è identificata come a rischio e proprio in queste fasce d'età ha il suo maggiore sviluppo la sessualità dell'individuo. In base al Paese considerato, si ritrovano diversi elementi che possono determinare una maggiore vulnerabilità per tali infezioni: adolescenti e giovani adulti oppure la popolazione femminile in alcuni contesti geografici, in altri i migranti ed i rifugiati, gli autotrasportatori su lunghe distanze o i minatori. Indipendentemente dal Paese, vengono poi individuate 5 popolazioni che riportano un rischio maggiormente elevato di acquisire HIV/STIs legato alla presenza di fattori socioculturali stigmatizzanti e comportamentali: uomini che hanno rapporti con altri uomini, persone dedite alla prostituzione e loro clienti, donne transgender, persone che hanno libertà molto limitata

o assente, persone che utilizzano droghe per via endovenosa. Sebbene non siano direttamente correlate, le NPS possono avere un impatto sulla salute sessuale, aumentando il rischio di contrarre MST a causa di comportamenti a rischio e compromissione del giudizio.

Il prelievo per la diagnosi delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST) rappresenta un intervento essenziale di sanità pubblica, fondamentale per l'individuazione precoce dei casi, la tempestiva presa in carico e la riduzione della diffusione delle infezioni. Nei servizi SerD, questa attività acquisisce un valore aggiunto se accompagnata dal counseling infermieristico, elemento determinante per favorire l'accesso ai servizi, promuovere la consapevolezza individuale e collettiva, ridurre lo stigma e sostenere comportamenti sessualmente sicuri.

Metodi

È stata condotta un'analisi retrospettiva dei prelievi per IST effettuati nei tre servizi SerD del Territorio Pavese nel biennio 2024-2025 (dati aggiornati a settembre 2025). Sono stati confrontati i volumi complessivi e calcolata una proiezione annuale per il 2025 sulla base dell'andamento mensile. L'analisi ha posto particolare attenzione al ruolo del personale infermieristico, sia nell'esecuzione tecnica del prelievo sia nelle attività di counseling educativo e motivazionale. L'infermiere ricopre, in questo contesto, un ruolo importante e strategico, in quanto vedendo quotidianamente ed assistendo i pazienti durante tutta la permanenza al servizio, dall'ingresso alla dimissione, può contribuire fattivamente ai programmi di prevenzione secondaria.

La missione primaria dell'infermiere è il prendersi cura della persona che assiste in logica olistica, considerando le sue relazioni sociali e il contesto ambientale. L'infermiere è la figura professionale che garantisce continuità assistenziale al paziente, che possiede competenze tecnico-educative idonee, e soprattutto è il professionista più vicino psicologicamente al paziente, con il quale instaura un rapporto di fiducia e collaborazione. Gli infermieri, infatti, ricoprono diversi ruoli che vanno ad influire su una buona prevenzione secondaria dei pazienti:

- ruolo tecnico: l'infermiere collabora con il medi-

co per l'esecuzione di indagini strumentali che consentono di definire il profilo di rischio di ciascun paziente (stratificazione del rischio);

- ruolo di educatore della salute: tramite il counselling, strumento di educazione alla salute, definito come "intervento volontario e consapevole del personale socio-sanitario nei processi decisionali del paziente per il raggiungimento di un obiettivo condiviso di miglioramento dello stato di salute".

Counseling infermieristico

Il counseling infermieristico è una particolare forma di relazione d'aiuto che l'infermiere utilizza unendo capacità comunicative e conoscenze tecnico-educative specifiche, con l'obiettivo di fornire un'assistenza completa ed efficace al paziente. È bene ricordare che l'efficacia dell'intervento, all'interno di una relazione d'aiuto, è determinata dalla presenza combinata di tre specifiche condizioni, o atteggiamenti, o modi di essere di chi aiuta, definiti congruenza, accettazione incondizionata ed empatia. La congruenza è la capacità di essere completamente se stessi, ossia essere interamente veri e autentici, l'accettazione incondizionata indica l'accettazione di quanto l'altro è, senza giudicarlo, l'empatia è la capacità di mettersi nei panni dell'altro e di provare quello che l'altra persona prova, anche se in misura attenuata. Al fine di raggiungere un'ottima strategia di counseling è necessario che l'infermiere acquisisca: disponibilità e abilità nella comunicazione, nonché comprensione, ascolto attivo e capacità di affrontare il silenzio che spesso esprime sentimenti di ansia, paura, tristezza o imbarazzo.

Nel contesto delle malattie croniche, il paziente deve essere messo in grado di prendere il controllo della propria salute; egli va cioè considerato non tanto l'oggetto delle cure ma attore principale nella gestione delle stesse. Il coinvolgimento del paziente va perseguito mediante interventi di comunicazione e di educazione, sia trasferendo conoscenze e informazioni sia rafforzando la sua motivazione al cambiamento. Per i motivi sopracitati è possibile considerare il counseling uno strumento utile agli infermieri per l'impostazione della cosiddetta prevenzione secondaria.

All'interno del counseling infermieristico in pre-

venzione acquista particolare rilevanza l'aspetto motivazionale, che si pone l'obiettivo di valutare quanto il paziente si sente pronto a cambiare, quanto si ritiene in grado di poter cambiare e quanto forte sente la spinta al cambiamento. Questo perché l'iniziale motivazione del paziente è il primo passo verso l'aderenza ai cambiamenti degli stili di vita e alla terapia. Gli interventi di counseling infermieristico, nello specifico, dovrebbero aiutare il paziente a: ridurre fino al raggiungimento dell'astinenza da sostanze o da alcol, alla gestione del comportamento alimentare, alla gestione della terapia farmacologica, ad aderire alle prescrizioni terapeutiche.

Risultati

Nel 2024 sono stati effettuati 71 prelievi di cui 46 maschi e 25 femmine. Nei primi nove mesi del 2025 ne sono stati registrati 75 di cui 46 maschi e 29 femmine, pari al del volume dell'anno precedente. La proiezione annuale stima circa 120 prelievi per il 2025, la proiezione per il 2025 indica un aumento del 69% dei prelievi rispetto al 2024. L'analisi evidenzia come la crescente adesione allo screening sia strettamente correlata all'azione proattiva dell'infermiere, che non si limita alla componente tecnica ma garantisce counseling mirato, supporto psico-educativo e promozione della salute attraverso interventi di educazione sanitaria personalizzata. Inoltre nel servizio di Pavia, Voghera e Vigevano sono stati scrinati nel 2024 circa 340 pazienti per HIV, HCV, SIFILIDE e HBV. Sono risultati positivi NEL 2024 per HCV 40 pazienti, per LUE 5 pazienti, per HIV 3 pazienti, mentre nel 2025 sono stati 149 pazienti di cui 5 positivi per HCV e 1 solo per LUE.

Conclusioni

I dati preliminari del 2025 confermano un trend positivo nell'adesione ai prelievi per IST nei servizi SERD. Tale risultato appare strettamente legato al ruolo cruciale dell'infermiere, figura chiave nel facilitare l'accesso ai servizi, abbattere le barriere psico-sociali, promuovere la prevenzione e diffondere conoscenze utili per la tutela della salute sessuale. L'integrazione tra atto tecnico e counseling infermieristico si conferma una strategia efficace e indispensabile per migliorare la diagnosi

precoce e la prevenzione delle IST.



Area tematica 19

CONSUMI E DIPENDENZE: UN APPROCCIO DI GENERE

19.1

COME FAVORIRE UN PATTERN "GENDER RESPONSIVE" NEI CONTESTI DI CURA PER DISTURBO DA UTILIZZO DI SOSTANZE E ALCOL: UNA RICERCA-INTERVENTO

Pessina L.*[1], Giudici G.[2], Greco A.[1]

[1]Università degli studi di Bergamo ~ Bergamo ~ Italy, [2]Servizio Multidisciplinare Integrato "Il Piccolo Principe" ~ Albano Sant'Alessandro (BG) ~ Italy

Strategie di femminilizzazione dei percorsi di cura rivolti alle donne che accedono ai servizi territoriali per disturbo da utilizzo di sostanze e alcol. L'introduzione di modelli e interventi gender-oriented, in un servizio prevalentemente declinato al maschile; oltre l'approccio gender blind.

Obiettivi

La ricerca di seguito esposta nasce da una stretta collaborazione tra l'Università degli studi di Bergamo e la Cooperativa sociale "Il piccolo principe". In quest'ottica di partecipazione è stato avviato uno studio volto a comprendere la dicotomizzazione di genere relativa all'esperienza di utilizzo di sostanze, dipendenza e ai relativi percorsi di cura. Obiettivo del presente studio è comprendere quali modelli relazionali, terapeutici o procedurali possono essere introdotti all'interno dei servizi per disturbo da utilizzo di sostanze e alcol (DUS/DUA) per rendere i percorsi di cura maggiormente sensibili alle specificità del genere femminile.

L'uomo e la donna con DUS/DUA hanno un diverso posizionamento in relazione all'utilizzo e abuso di sostanze e alcol, nei confronti degli effetti della sostanza, della prevenzione, del trattamento e della cura (Svikis, 2006). Il genere presenta dunque differenze biologiche, psicologiche e sociali in relazione all'utilizzo, all'assimilazione e alla disintossicazione da sostanze psicoattive. Lo stigma sociale, inoltre, ancora molto presente nei confronti di chi utilizza sostanze e accede ai servizi territoriali, se rivolto al genere femminile, amplifica il suo potere escludente (Goffman, 2018) poiché nel pensiero comune e generalizzato, la donna che utilizza sostanze viene accostata ad altre intersezioni. Tali intersezioni richiamano a sistemi di prostituzione, alla maternità e alla genitorialità come elementi non riconducibili in alcun modo all'utilizzo di sostanze e alcol.

All'interno di questa cornice, può essere dunque inserita una progettualità dei servizi che disponga tempo e spazio alla raccolta di narrazioni femminili complesse, vissuti che oggi, nella maggior parte dei servizi sul nostro territorio, riferiscono ad un unico protocollo terapeutico-riabilitativo utilizzato indistintamente tra maschile e femminile.

Cornice epistemologica

Lo studio del genere femminile relazionato all'utilizzo di sostanze e alcol ha richiesto un'analisi overview della letteratura specifica (Antolini et al., 2006; Becker et al., 2017; Beltrami et al., 2024; Greenfield et al., 2018; Svikiš et al., 2006). Secondariamente è stato necessario un affondo su specifici studi femministi. Le ondate femministe e studi postcoloniali, che hanno profondamente influenzato il pensiero contemporaneo del femminile e "i meccanismi di costruzione e regolamentazione di genere" (Butler, 1999), hanno definito lo spettro gender, come un normale processo sociale di costruzione identitaria del femminile e del maschile (Pinelli, 2019). Gli studi femministi, dunque, insieme alle successive teorie queer, hanno gradualmente (per ondate) introdotto riflessioni su genere, antropologia, posizionamento del femminile e intersezionalità. All'interno di questo panorama complesso e rivoluzionario, le autrici di spicco quali, Henrietta Moore, Gloria Anzaldúa, Kamala Visweswaran, Kimberle Krenshaw, avviarono un

dibattito sull'interposizione del genere con altre variabili di differenza e diversità quali, etnia, classe sociale, orientamento sessuale, età, disabilità (Corbisiero e Monaco, 2024). L'intersezionalità, così come proposta dalle autrici femministe, è un'opportunità di analisi e intersezione delle diverse categorie sociali della donna, che interpreta e considera le istanze identitarie che compongono le differenze personali. Oggi l'intersezionalità è spesso adottata come approccio teorico-metodologico in numerosi ambiti di ricerca (Mongibello e Russo, 2021) quale modello prospettico e interpretativo di uno specifico contesto sociale.

Questa cornice teorica ha fornito alla ricerca le basi epistemologiche da cui avviare un processo di destrutturazione delle istanze del genere femminile per ricostruirne bisogni e analizzarne i profili di funzionamento in relazione all'utilizzo di sostanze e alcol. In tal senso, i dati raccolti durante i primi mesi di lavoro hanno evidenziato un bisogno femminile, relativo all'emancipazione di sé rispetto ad un maschile predominante ed egemonico. Negli ultimi anni, diversi organismi nazionali e internazionali hanno mostrato una maggiore sensibilità nei confronti delle differenze di genere contestualizzate all'utilizzo e dipendenza da alcol e sostanze. Nel 2023, l'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (EMCDDA) ha introdotto una mini-guida denominata: "Women and drugs: health and social responses", con l'obiettivo di sensibilizzare il binomio gender-addiction sottolineando la necessità della prevenzione, poiché le donne con DUS/DUA rappresentano, in Europa un dato in crescita. Contestualmente, nel panorama italiano il Dipartimento delle Politiche contro la Droga e le altre Dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri, ha ratificato tale guida affermando che: "Le problematiche complesse e sovrapposte affrontate da molte donne che fanno uso di droghe, richiedono servizi coordinati e integrati [...] l'adozione di un approccio di genere ai problemi di droga, va a beneficio delle persone di genere diverso, comprese le donne, gli uomini e le persone transgender e non binarie." Questo monito istituzionale è dunque un invito a riflettere sull'effettiva necessità di un intervento gender responsive nell'approccio della donna con DUS/DUA.

Metodi

Il presente studio etnografico si è svolto con un'osservazione partecipante e il relativo collocamento del ricercatore sul fieldwork con l'idea di una triangolazione di metodi. A partire da gennaio 2025 vi è stato un graduale avvicinamento del ricercatore al team multiprofessionale del SMI di Cooperativa sociale "Il piccolo principe". L'osservazione, connessa ad un approfondimento della letteratura scientifica, è durata alcuni mesi, a cui sono seguiti, uno studio di caso multiplo e la stesura e successiva fase di interviste semi-strutturate rivolte ai professionisti.

Risultati e proposta di nuove pratiche relazionali

Lo studio della letteratura scientifica ha evidenziato differenti fattori, propri dell'emisfero femminile, che richiedono una particolare attenzione. Tali fattori sono così sintetizzabili: episodi di violenza e abusi subiti (talvolta con relativo PTSD), differenti sistemi di mercificazione del corpo, adozione di comportamenti sessuali a rischio di infezioni sessualmente trasmissibili, episodi di abortività e interruzioni volontarie di gravidanza, condizioni di subordinazione della donna, con particolare riferimento alle figure maschili. Questi aspetti specifici, se non attenzionati durante la presa in carico, possono gravare sulla condizione di addiction e sul processo di riabilitazione (Bargagli et al., 2007; Berrini, 2018; Lacatena, n.d; Molteni, 2013).

Successivamente alla revisione della letteratura scientifica, si è deciso di procedere progettando uno studio di caso multiplo con l'obiettivo di comprendere se i casi clinici presi in analisi presentassero le stesse caratteristiche e gli stessi "fattori eziologici" evidenziati dalla letteratura scientifica (Molteni, 2013). Attraverso il coinvolgimento di testimoni privilegiati è stato possibile individuare sei casi clinici particolarmente affini alle tre dimensioni di funzionamento scelte. Queste tre dimensioni della vita quotidiana (Pasqualotto, 2016) risultano essere maggiormente interessate o compromesse dalla relazione con la sostanza, come poi emerso di fatto dallo studio di caso. Le aree sono: la dimensione della vita sociale, civile e di comunità, la dimensione della cura della propria persona e la dimensione delle interazioni e

relazioni interpersonali (tabella 1). Seguendo il paradigma bio-psico-sociale sono stati sistematizzati gli assi di interesse (figura 1) nelle relative tre dimensioni di funzionamento, così come suggerito dal modello ICF-dipendenze (Pasqualotto, 2016). Gli autori, evidenziano come all'interno dell'archetipo bio-psico-sociale, sia possibile articolare l'intera progettazione e riabilitazione della persona, poiché sono integrabili approcci diversi: quello clinico, quello riabilitativo, l'intervento sulla persona e sul suo ambiente di vita (ibidem, 2016). Utilizzando un linguaggio conosciuto a livello internazionale (ICF 2001), gli operatori e le operatrici del settore hanno la possibilità di monitorare le condizioni di vita della persona a distanza di tempo e in cooperazione con la stessa (Pasqualotto et al., 2016).

È possibile, dunque, seguendo questo modello, approcciare l'utente (e la donna) ponendo l'attenzione sulle diverse variabili che ruotano attorno agli assunti di: funzionamento, recovery e diagnosi centrata sulla persona. Anche in quest'ottica di "integrazione tra saperi scientifici e umanesimo" (Pasqualotto, Carozza Cibir, 2020), il processo di cura attraversa l'individuo nella sua integrità e alterità con modalità intersezionale. Se l'approccio si fonda su principi analitici e valutativi, la relazione con l'altro resta altresì lo strumento privilegiato in un quadro metodologico e tecnico-operativo.

Tabella 1. *Classificazione degli assi comparativi emersi dal percorso di ricerca secondo modello ICF-dipendenze*

DIMENSIONE DELLA VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ	DIMENSIONE DELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA	DIMENSIONE DELLE INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI
- Inquadramento dello stigma femminile e della doppia esclusione sociale - Indifferenti sistemi di medicalizzazione del corpo	1. La discontinuità e l'instabilità del servizio 2. Infezioni/sensualizzazione traumatiche: nuovi paradigmi e vecchi stereotipi	3. Il posizionamento subalterno della donna nella relazione tra maschi e maschi 4. Interruzione volontaria dei consumi in gravidanza

Anche lo studio di caso ha confermato la presenza di fattori critici in relazione al percorso di cura. Tra i diversi assi comparativi emersi, alcuni (come sintetizzato in tabella 1), sono di particolare interesse in un'ottica di empowerment del femminile: anche nei casi clinici studiati emerge il posizionamento della donna in subordinazione rispetto al maschile, è spesso presente una comorbidità psichiatrica, si evidenzia una forte discontinuità delle utenti nella frequenza del SMI, è presente un

paradigma dell'interruzione volontaria dei consumi durante la gravidanza oltre al tema dello stigma femminile e della doppia esclusione sociale. Infine, tutte le utenti prese in analisi presentano frequenti richieste volontarie di percorsi di istituzionalizzazione (presso cliniche o comunità terapeutico-riabilitative). La comparazione tra i due differenti metodi di indagine ha prodotto un parallelismo tra assi tematici, suggerendo quali dimensioni e fenomeni attenzionare nell'ottica di orientare la ricerca verso l'individuazione di nuovi strumenti, approcci e modelli definiti sulle specificità delle donne. Così, dalla revisione della letteratura e dallo studio di caso multiplo si è strutturata la traccia di intervista da sottoporre agli operatori e alle operatrici del servizio.

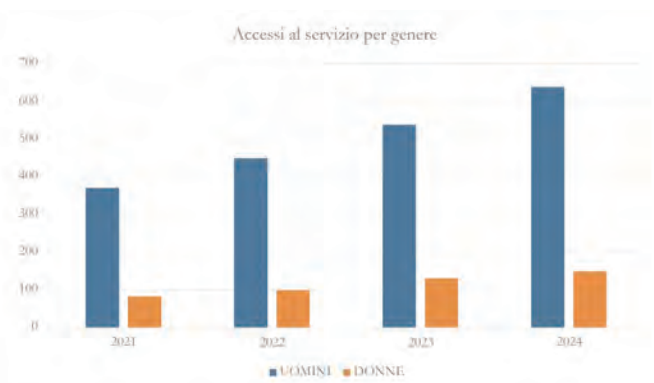
Partendo da questi assunti, le interviste hanno avuto ad oggetto il posizionamento subalterno della donna tra sostanza e maschile, le declinazioni relazionali, le pratiche di comunicazione e il pattern di consumo messo in atto da chi utilizza. Lo studio e l'analisi delle interviste raccolte tra i professionisti e le professioniste che lavorano al SMI restituiscono il punto di partenza per la sistematizzazione dei primi parziali risultati. Il SMI, ad oggi, rappresenta un campo di ricerca in cui una maschilità predominante si contrappone ad un femminile poco presente.

Come raffigurato in Figura 1, la presenza maschile caratterizza circa l'80% degli accessi, contro un femminile residuale al 20%; questo pone l'attenzione ad una minoranza di genere in chiara sofferenza e certamente complessa nella sua presa in carico. Inoltre, il grafico mostra come nell'arco temporale preso in analisi, il numero di donne che accedono al servizio sia gradualmente aumentato, confermando la necessità di intervenire sui processi di femminilizzazione "anche in un'ottica preventiva" (EMCDDA, 2023).

La prima area indagata attraverso le interviste mostra come all'interno della relazione con il genere maschile, la donna che utilizza sostanze o alcol, sia collocata in una posizione subalterna e subordinata, talvolta di dipendenza. Dalle riflessioni emerse in sede di interviste, il pattern relazionale che risalta è quello della complessità e dell'assoggettamento, l'annullamento di sé come sacrificio per l'altro (lui), oppure il sacrificio di un

(noi) in relazione alla sostanza. Le interviste raccolte rimandano alla necessità della donna di emanciparsi rispetto ad un maschile dominante, a partire dal percorso di cura e riabilitazione.

Figura 1. *Rappresentazione grafica degli accessi al SMI "Il piccolo principe" nel periodo 2021-2024 divisi per genere.*



Tale emancipazione può essere incentivata dagli operatori e operatrici del servizio fornendo possibilità che consentano alla donna di porre una distanza tra sé e il maschile. Le operatrici e gli operatori hanno chiaro il meccanismo subalterno che regola le relazioni sull'asse maschile-sostanza-femminile, ma ancora più interessante è ciò che emerge in relazione alle molteplici funzioni di cura richieste alla donna con DUS/DUA. Le interviste evidenziano che la donna che accede al SMI mantiene comunque un profilo caregiver tra le mura di casa, tendenzialmente oberata da impegni e relazioni complesse e di responsabilità. Alcuni esempi di Verbatim dalle interviste:

Domanda: Posso chiederti come definiresti la modalità che con cui la donna con DUS/DUA struttura le sue relazioni col maschile?

Risposta: La prima cosa che a me viene in mente e che ho notato da quando lavoro qui è che la maggior parte delle donne quando viene è da sola e la maggior parte degli uomini viene accompagnata da una donna. Che sia la compagna, la mamma, la sorella. E le donne, la maggior parte viene da sola e questo è proprio un po' una cosa che ho notato tanto.

Domanda: posso chiedere come mai, secondo te c'è questa differenza tra accessi maschili e accessi

femminili? L'intercettazione forse dovrebbe in qualche modo ampliarsi?

Risposta: Ma allora intercettazione rispetto alla struttura del servizio forse è il fatto che tendenzialmente pomeriggio se chi è che si occupa dei bambini, se ci sono di mezzo dei bambini è la donna. L'uomo sta tornando a casa. Per cui forse questo lo possiamo inserire nella strutturazione del nostro servizio che forse non permette di intercettare le donne con bambini [...] per le adolescenti o comunque giovani donne che non hanno ancora una famiglia, eh no, certo c'è tutto un tema di stigmatizzazione. Non saprei come servizio, come poter cambiare questa cosa.

Questi stralci di intervista evidenziano come questi ruoli di accudimento e cura rientrano in modelli culturalmente incorporati nelle moderne società occidentali, rimandando ad una maschilità stereotipata portatrice di una visione maschile breadwinner (Burgio et al., 2023); conservatore sul piano relazionale e distante da lavori domestici e di cura. Un modello maschile che prevede un distanziamento della donna dallo spazio pubblico, competenza tendenzialmente riservata al maschile. Quando a consumare è la coppia, per la donna si aprono molteplici responsabilità da caregiver, poiché l'uomo, nonostante il pieno dominio della vita pubblica appare introiettato dalle dinamiche dimostrative della propria maschilità: essere individualista, indipendente (ibidem, 2023), rivolto all'attività lavorativa e alla sussistenza della propria famiglia. Differentemente dalla controparte maschile, la donna si presenta al servizio più autonoma nella sua presa in carico. Ella, dunque, viene percepita sola in differenti contesti socio-relazionali: anzitutto perché il percorso di cura lo intraprende con maggiore indipendenza rispetto all'uomo, è più autonoma nell'approcciarsi al servizio e nel relazionarsi col personale del SMI.

Conclusioni e prospettive future

La ricerca fin qui esposta mette in luce alcuni risultati provenienti da una fase di approfondimento della letteratura scientifica, di osservazione, di analisi di uno studio di caso multiplo e dalle interviste rivolte ai professionisti e professioniste che operano presso il SMI. Le prossime fasi della

ricerca prevedono il coinvolgimento diretto delle donne che accedono al servizio attraverso focus group e questionari per renderle protagoniste di questo lavoro: potranno offrire in prima persona punti di vista e riflessioni concrete. Osservare le posture e i posizionamenti che le donne (e gli uomini) assumono nell'approcciarsi al SMI, suggerisce una nuova modalità di analisi delle specificità del mondo femminile che utilizza sostanze o alcol, perseguendo l'obiettivo di rendere sempre più fruibili i sistemi di welfare, personalizzabili anche in un'ottica gender oriented. Il femminile che accede al servizio, come visto in precedenza, vive una duplice stigmatizzazione che si traduce in una barriera all'accesso alle cure, spesso non supportata da partner e familiari. È necessario intervenire su questo; la mancanza di un servizio strutturato in modo olistico (Molteni, 2013) e che prenda in carico la donna nella sua complessità, con approcci multidimensionali e intersezionali, lascia il femminile in una condizione liminale, dove al momento la sua presa in carico è un abito maschile (ri)adattato ad un corpo femminile. Infatti, nel panorama italiano dei "servizi per le dipendenze", alcune sociologhe e ricercatrici (Curto, 2013; Delitala et al., 2013; Lacatena, n.d; Molteni, 2013) hanno tentato un approccio innovativo in riferimento alla presa in carico dell'utenza femminile attraverso protocolli e micro-équipe di professioniste donne che si occupino dell'accesso delle utenti in risposta ad un applicativo gender responsive. Questo modello basato sulla differenziazione di genere, che si vuole perseguire nel presente progetto, nasce da un approccio olistico, centrato sulla persona e sulla sua individualità. Al tempo stesso, è un modello in grado di favorire socialità tra le donne che accedono al servizio, restituendo loro possibilità di confronto consentendo un lavoro autobiografico, centrato sulla motivazione e sul confronto con l'altra(a).

Intervenire sul fare, sull'azione quotidiana e sui processi di (ri)socializzazione può permettere all'utente di riorganizzare il proprio percorso riabilitativo sulla propria progettualità, in un'ottica emancipativa rispetto ad un maschile egemonico. Sul piano concreto e della ri-progettazione del proprio percorso di vita, gli elementi che si vorranno tenere presenti durante il percorso riabilita-

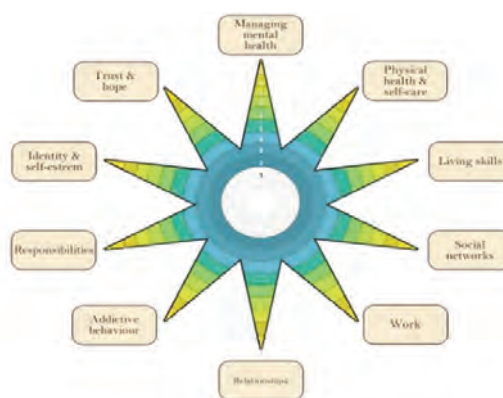
tivo del femminile, potrebbero essere sintetizzati nelle seguenti tre aree:

1. riappropriazione del sé attraverso autobiografie del femminile
2. acquisizione di competenze e abilità concrete ed emancipative (personali, genitoriali, professionali)
3. condivisione del proprio percorso in contesti gruppal e protetti.

Agire dunque sul piano concreto, valorizzando "il fare" riferisce a modelli di welfare centrati sulla riabilitazione e sulla recovery. È opportuno fornire alla donna strumenti ed esempi concreti centrati sul recupero delle funzionalità (momentaneamente perse).

Nell'ottica metodologica, l'impiego della Mental Health Recovery Star (figura 2) nell'approccio al femminile con problemi di utilizzo o abuso di sostanze o alcol, potrebbe essere funzionale a stabilire un contatto strutturato e pensato con l'operatore di riferimento, per favorire una progettazione condivisa degli interventi clinici e sociali. Ogni area di funzionamento persegue gli obiettivi di empowerment, co-progettazione (operatore-utente), valorizzazione dei vissuti nell'ottica di un percorso di cambiamento personale. Ogni punta della stella è un'area di funzionamento (ICF, 2001). Dedicandosi ad un'area specifica è possibile notare come la progettazione possa divenire co-progettazione in un continuum di prassi e pratiche tra utente e professionista.

Figura 2. *Mental Health Recovery Star* (Placentino et al., 2017)



Lavorando in co-progettazione, l'operatore avrà un quadro generale dell'utente, i suoi modelli di fun-

zionamento e le relative aree critiche. Recenti studi (Pasqualotto, Carozza e Cibir, 2018), dimostrano come l'impiego del modello ICF-dipendenze con relativo approccio recovery, all'interno di servizi per DUS/DUA, abbia l'effetto di innescare nei pazienti e nelle pazienti innovativi processi di autoanalisi ed empowerment (ibidem, 2018). Ripensare ad un gruppo di lavoro nell'ottica di un miglioramento relazionale con l'utenza, utilizzando strumenti nuovi e acquisendo nuove competenze, denota un rinnovo delle idee e del pensiero critico che governa il lavoro di équipe. Questa è la prospettiva secondo la quale vorremo definire le strategie di femminilizzazione dei percorsi di cura rivolti alle donne che accedono ai servizi territoriali per disturbo da utilizzo di sostanze e alcol.

Riferimenti bibliografici

- Antolini, G., Morandi, G., Pirani, M., Sorio, C. (2006). Differenze di genere e mortalità in una coorte di eroinomani nelle province emiliane di Modena e Ferrara, 1975-1999, EP, anno 30 (2) marzo-aprile 2006.
- Bargagli, A., M., Beccaria, F., Burrioni, P., Garneri, M., Mathis, F., Picciolini, A., Rotelli, M., Versino, E., Vigna Taglianti, F. (2007). Differenze di genere nello studio vedette. Monografia N. 7.
- Becker, J., B. (2016). Sex differences in addiction, several research group.
- Becker, J., B., Glover Reed, B., McClellan, M., L. (2017). Sex differences, gender and addiction, journal of neuroscience, research 95:136-147.
- Beltrami, F., Berrini, R., Lamberti, R., Luraschi, E., Sidoti, R. (2024). La tossicodipendenza femminile, italian quarterly journal of addiction, mission 68.
- Berrini, R., Cambiaso, G., Cocchini, A., Santioli, L., Serra, T., Troletti, P. (n.d). La tossicodipendenza femminile: una ricerca eseguita su un campione di tossicodipendenti da oppiacei.
- Bourdieu, P. (1998). Il dominio maschile.
- Burgio, G., Cannito, M., Ferrero Camoletto, R., Ottaviano, C. (2023). Maschilità e lavoro di cura, esperienze e pratiche tra sex worker educatori e infermieri.
- Butler, J. (2004). Fare e disfare il genere.
- Cardiani, L., Maggiorelli, L., Pananti, B. (2024). In alcologia è possibile pensare in termini di genere? FederSerD informa, <https://www.federSerD.it/index.cfm/Archivio-federSerD-informa/?fuseaction=federSerDInforma>
- Cipolla, C., Lombi, L. (2012). Droga, mondo del lavoro e salute.
- Courser, M., W., Morales, B., Redpath, B., Schweinhart, A., Shamblen, S., Shepherd, C., Young, L. (2022). Gender differences in patient outcomes following drug abuse treatment in Afghanistan: result from a new evaluation, Journal of Substance Abuse Treatment 134 (2022) 108475.
- Curto, M., Defraia, L., Delitala, L., Ferri, F., Loi, A., Meloni, M. (2013). L'ottica di genere nelle dipendenze. Italian journal of addiction, Vol.3 N. 1.
- Dickens, G., Weleminsky, J., Onifade, Y., Sugarman, P. (2018). Recovery star: validating user recovery. Cambridge University Press.
- Diemen, Von., L., Grassi Oliveira, R., Kessler, S., H., P., Rechansky, F., Rebelatto, F., P., Roglio, V., S., Sanviente-Vieira, B., Schuch, J., B. (2022). Gender differences in progression to crack-cocaine use and the role of sexual and physical violence. Brazilian Journal of psychiatry, sep-oct 44 (5), 478-485.
- Franceschini, A., Fattore, L. (2018). Differenze di genere (a cura di), In Sostanza, manuale sulle dipendenze patologiche.
- Garcia, N., M., Walker, R., S., Zoellner, L., A. (2018). Estrogen, progesterone and the menstrual cycle: A systematic review of fear learning, intrusive memories and PTSD. Clinical
- Green, C.A. Gender and use of substance abuse treatment services, Alcohol research and health. (2006). Vol 29, N. 1.
- Greenfield, S., F., McHugh, R., K., Sugarman, D., E., Votaw, V., R. (2017). Sex and gender differences in substance use disorder, clinica psychology review 66 (2018) 12-23.
- Lacatena, A., P. (n.d). Donne e tossicodipendenza. Quando la patologia è di altro genere... italian quarterly journal of addiction, Mission 53.
- Molteni, L. (2013). Revisione della letteratura in materia di genere e uso di sostanze psicoattive. Italian journal of addiction, Vol.3 N. 2.
- Molteni, L. (2014). L'eroina al femminile.
- Molteni, L., Pellegrini. (2013). Genere e sostanza. Uno studio sui pazienti in trattamento presso

il Ser.t di Trento. Italian journal of addiction, Vol.3 N. 2.

- Mongibello, A., Russo, K., E. ((2021). Intersezionalità e genere.
- Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze. (2018). Relazione europea sulla droga: tendenze e sviluppi, ufficio delle pubblicazioni dell'Unione Europea, Lussemburgo.
- Pasqualotto, L. (a cura di), (2016). ICF-dipendenze.
- Pasqualotto, L., Carozza, P., Cibir, M. (2020). ICF, salute mentale e dipendenze, strumenti per la riabilitazione orientata alla recovery.
- Pinelli, B. (2019). Migranti e rifugiate, antropologia, genere e politica.
- Placentino, A., Fabio, L., Scarsato, G., Fazzari, G. (2017). La mental health recovery star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana. Rivista di psichiatria, Vol 52 N. 6.
- Svikis DS, Miles DR, Haug NA Perry B, Hoehn-Saric R, McLeod D. (2006). Premenstrual symptomatology, alcohol consumption, and family history of alcoholism in women with premenstrual syndrome.
- Zinberg, N., E. (2019). Droga, set e setting. Le basi del consumo controllato di sostanze psicoattive.

19.2

**TOSSICOLOGIA DI GENERE:
DIFFERENZE SOCIOLOGICHE E
CLINICHE NEI PAZIENTI CON
DISTURBO DA USO DI COCAINA.
DATI PRELIMINARI DA UNA COORTE
DEL SERD DI ALESSANDRIA**

Traverso C.*, Sacco F.

*ASL Alessandria Dipartimento Patologia delle
Dipendenze ~ Alessandria ~ Italy*

- • Bartoletti Luigi, Direttore S.C. SerD Alessandria
- • Massobrio Stefano, Educatore SerD Alessandria

Analisi preliminare su un campione di pazienti con disturbo da uso di cocaina seguiti presso il SerD evidenzia differenze di genere nelle comorbidità internistiche, infettivologiche e psichiatriche, suggerendo la necessità di percorsi terapeutici personalizzati.

Introduzione: Le differenze di genere rappresentano una variabile fondamentale in tossicologia clinica, con un impatto sulla fisiopatologia e sulla clinica dei Disturbi da uso di sostanze. Nel disturbo da uso di cocaina tali differenze si riflettono sui pattern di consumo, sulle comorbidità, internistiche e psichiatriche e sulla risposta ai percorsi di trattamento.¹ La cocaina rappresenta, dopo la cannabis, la sostanza di abuso più diffusa in Italia e in Europa con circa 4-5 milioni di consumatori annuali e un trend in crescita soprattutto tra i giovani e adolescenti²³. All'uso di cocaina sono stati attribuiti nel 2024 circa 2000 accessi in PS di cui circa il 70% uomini riferibili in particolare a complicanze cardiopolmonari (56%), neurologiche (39%), psichiatriche (35%), infettive (10%)²⁶. Considerando quindi l'impatto delle variabili di genere in questo contesto, lo studio ha come obiettivo di valutare le differenze di genere nelle comorbidità internistiche, infettivologiche e psichiatriche tra pazienti con disturbo da uso di cocaina, in modo da poter delineare in futuro stra-

tegie terapeutiche più mirate ed efficaci.

Materiali e metodi: Studio osservazionale-retrospettivo condotto presso la S.C. SerD dell'ASL Alessandria, sede di Alessandria. Sono stati selezionati pazienti maggiorenni in carico nel periodo 2023-2025 con diagnosi principale di disturbo da uso di cocaina (DSM-5). Per l'analisi preliminare presentata in questo abstract sono stati estratti randomicamente 40 pazienti dalla coorte. I dati demografici, anamnestici e clinici sono stati raccolti tramite software HTH e cartelle cliniche, quindi anonimizzati e organizzati in un database Excel.

Risultati: Dei 40 pazienti selezionati, 31 (77.5%) erano uomini e 9 (22.5%) donne. L'età media dell'intero campione era di 35 anni, con una tendenza a un'età più bassa nel gruppo femminile rispetto a quello maschile ($31,3 \pm 12,5$ vs $36,1 \pm 10,2$ anni; $p=0,27$).

L'età media di inizio uso era simile tra i due sessi, mentre le donne presentavano un livello di istruzione lievemente più basso e una tendenza a un numero maggiore di comorbidità.

Le comorbidità più frequenti erano quelle infettivologiche (38,5%), psichiatriche (33,3%) ed endocrino-nefrologiche (28,2%). Le donne mostravano una prevalenza più elevata di comorbidità infettivologiche (55,6% vs 33,3%), respiratorie (33,3% vs 10,0%) ed endocrino-nefrologiche (44,4% vs 23,3%) rispetto agli uomini, mentre questi ultimi presentavano più frequentemente comorbidità cardiovascolari (26,7% vs 11,1%).

Le comorbidità psichiatriche diagnosticate erano presenti in 13 pazienti (33,3%), con una frequenza più alta nelle donne rispetto agli uomini (44,4% vs 30%).

Si osserva anche un lieve trend negativo tra anni di studio e numero di comorbidità totali, più marcato nel gruppo femminile, pur senza raggiungere la significatività statistica.

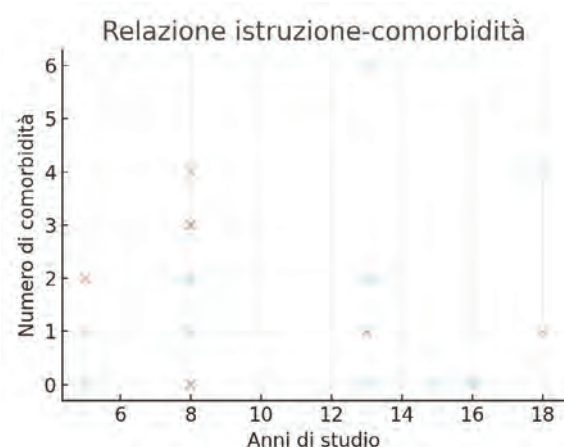
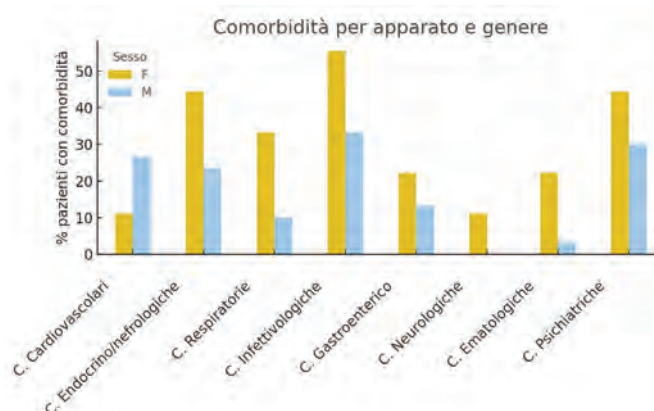
La maggior parte dei pazienti presentava un consumo poliabusante, con frequente associazione di alcol e altre sostanze, e in numerosi casi veniva riportato l'uso per via endovenosa. Questi fattori contribuiscono verosimilmente alla maggiore prevalenza di comorbidità infettivologiche e internistiche osservate.

Conclusioni

L'analisi effettuata, seppur preliminare e basata su un campione ridotto, suggerisce differenze di genere nelle comorbidità internistiche, psichiatriche e negli aspetti socio-demografici. Tali differenze, incidendo sulla clinica e sulla quotidianità dei pazienti, si riflettono sulla compliance e sulla risposta al trattamento. Appare quindi utile sviluppare nuovi paradigmi terapeutici che tengano conto delle esigenze specifiche del paziente, includendo la variabile di genere. Questi dati dovranno essere confermati da studi su campioni più ampi e da analisi statistiche con maggiore potenza.

Bibliografia

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). European Drug Report 2024: Trends and Developments. Lisbona: EMCDDA; 2024.
2. Dipartimento Politiche Antidroga. Relazione annuale sulle tossicodipendenze 2024. Roma: Governo italiano; 2024.
3. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2023. Vienna: UNODC; 2023.
4. Darke S, Kaye S, Duflou J, et al. Cocaine-related morbidity and mortality. *Addiction*. 2017;112(1):11–21.
5. Volkow ND, Morales M. The Brain on Cocaine: Implications for Gender Differences. *Nat Rev Neurosci*. 2015;16(5):353–364.
6. Bosco O, Serpelloni G. Le patologie internistiche correlate all'uso di cocaina. Verona: Edizioni Medico-Scientifiche; anno di pubblicazione.



19.3

DONNE E MINORI NEI PERCORSI DI CURA DELLE DIPENDENZE: ANALISI DEI DATI DELLA U.O.C. SERD/GAP DEL DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE (DDP) ASL BT (TRIENNIO 2022–2024) NEL CONTESTO NAZIONALE

Mansi G.*[1], Zotti A.[1], Garofoli T.[1], Di Pierro M.[1], Paparusso M.[1], Ventura I.[1], Ribatti G.[2]

[1]U.O.C. DDP SERD/GAP ASL BT ~ Andria ~ Italy,
[2]Ministero della Giustizia - CC Trani ~ Trani ~ Italy

Fragilità, differenze di genere e sfide organizzative per l'inclusività

Abstract

La Relazione annuale al Parlamento 2025 sulle dipendenze evidenzia un quadro complesso, con particolare vulnerabilità di adolescenti e donne. Alla luce di questo scenario nazionale, il presente studio analizza i dati HTH (Health for Health) della U.O.C. SerD/GAP della ASL BT relativi al triennio 2022–2024, con focus specifico su donne e minori. I risultati mostrano, per le donne adulte, una prevalenza di dipendenza da alcol, affiancata da cocaina e cannabinoidi, e un incremento del gioco d'azzardo; nei minori emerge invece una crescente polarizzazione verso i cannabinoidi, con segnali emergenti di oppioidi e gambling. Il confronto tra i dati locali del DDP ASL BT e quelli nazionali mette in evidenza specificità territoriali che arricchiscono l'analisi epidemiologica e offrono indicazioni per la programmazione di interventi mirati. Il lavoro discute la necessità di percorsi terapeutici integrati e specifici, che tengano conto delle comorbidità psichiche e delle peculiarità evolutive dell'età adolescenziale.

Parole chiave:

Dipendenze patologiche, donne, minori, HTH,

accesso ai servizi, stigma, vulnerabilità.

Introduzione

La relazione annuale al Parlamento 2025 sulle dipendenze patologiche in Italia evidenzia un quadro complesso, con particolare attenzione alla condizione dei giovani e delle donne. Nel 2024 si è registrato un lieve calo nel consumo di sostanze illegali tra gli studenti: la cannabis, che rimane la sostanza più diffusa, è passata dal 22% al 21%, la cocaina dal 2,2% all'1,8%, e anche stimolanti e nuove sostanze psicoattive hanno mostrato un arretramento. Pur trattandosi di variazioni modeste, rappresentano un segnale incoraggiante, che riflette gli sforzi di prevenzione nelle scuole e nei territori. La riduzione, tuttavia, non annulla il peso della cannabis, la cui diffusione resta ampia e la cui crescente concentrazione di principio attivo ne accresce la pericolosità.

Il quadro degli adolescenti resta caratterizzato da una pluralità di comportamenti a rischio. Oltre 300 mila studenti minorenni hanno dichiarato di aver fatto uso di almeno una sostanza illegale nell'ultimo anno, pari a circa un quinto della popolazione scolastica under 18. Il tabacco è consumato da un terzo dei ragazzi, con una maggiore prevalenza tra le ragazze. Sempre le ragazze risultano più esposte anche al consumo di alcol, con quasi un quarto dei minorenni che riferisce episodi di ubriacatura nell'ultimo anno, e all'uso di psicofarmaci senza prescrizione medica, che interessa il 12% degli under 18, ma con una frequenza doppia tra le studentesse rispetto ai coetanei maschi.

Il panorama giovanile si arricchisce inoltre di nuove forme di dipendenza e disagio. L'uso problematico di internet riguarda il 17% degli studenti minorenni, mentre il 19% manifesta comportamenti a rischio legati ai videogiochi, spesso connessi a reazioni emotive intense in caso di interruzione. Fenomeni come l'isolamento sociale (hikikomori) interessano una parte non trascurabile di adolescenti. Il gioco d'azzardo è in forte crescita: quasi sei ragazzi su dieci hanno scommesso o giocato almeno una volta, più della metà nell'ultimo anno, con una diffusione significativa anche delle piattaforme online. A ciò si aggiunge la vulnerabilità sul piano delle relazioni digitali: quasi la metà degli studenti ha subito episodi di cyber-

bullismo, un terzo si è trovato ad esserne autore, e nuove pratiche rischiose come le “challenge” online o il ghosting coinvolgono una quota rilevante di giovani.

Dal punto di vista penale, i minorenni rappresentano una porzione ridotta ma costante delle segnalazioni e delle denunce legate alla droga: oltre mille studenti under 18 sono stati denunciati nel 2024, pari al 4,3% del totale nazionale, con la cannabis quasi sempre al centro. Anche questo dato testimonia la centralità di questa sostanza nelle dinamiche di consumo e di mercato tra i giovanissimi.

Per quanto riguarda le donne, la Relazione mette in luce una vulnerabilità particolare. Le ragazze mostrano prevalenze più alte rispetto ai coetanei maschi nell'uso di tabacco, alcol e soprattutto psicofarmaci assunti senza prescrizione. Nei servizi di cura e nei percorsi di riabilitazione, pur rappresentando una quota minore rispetto agli uomini, le donne spesso presentano una situazione più complessa, caratterizzata da comorbidità psichiche e sociali, e da una maggiore esposizione a dinamiche di rischio come disagio emotivo, isolamento e violenza.

In risposta a questo quadro, il Governo ha previsto nuove risorse con la legge di bilancio 2025, istituendo fondi dedicati alla prevenzione delle dipendenze tra i giovani, al rafforzamento dei servizi socio-sanitari e all'ampliamento delle strutture residenziali e terapeutiche. Si sottolinea, inoltre, il ruolo cruciale della scuola e della famiglia: laddove esistono relazioni di fiducia e una comunicazione positiva tra genitori e figli, i comportamenti a rischio risultano meno frequenti.

In sintesi, la relazione 2025 delinea un'Italia in cui i consumi giovanili di sostanze illegali mostrano una lieve contrazione, ma in cui emergono nuove fragilità, soprattutto tra adolescenti e ragazze, legate sia al consumo di sostanze legali e psicofarmaci, sia a dipendenze digitali e comportamentali. È in questa direzione che si concentrano gli sforzi di prevenzione e di cura, con l'obiettivo di sostenere le nuove generazioni e tutelare in particolare i gruppi più vulnerabili.

Alla luce di questo scenario nazionale, appare essenziale calare l'analisi sul contesto della ASL BT per cogliere in che misura tali dinamiche si riflet-

tano nella realtà locale. Nel paragrafo successivo verranno quindi presentati i dati della U.O.C. SerD/GAP della ASL BT, con particolare riferimento agli accessi al SerD nell'ultimo triennio 2022-2024. L'attenzione sarà posta in modo specifico su donne e minori: due gruppi che, seppur numericamente meno rappresentati rispetto al totale dell'utenza, richiedono un approfondimento dedicato.

Come sottolineano le linee guida delle società scientifiche di riferimento – tra cui FederSerD – queste popolazioni presentano infatti bisogni clinici e sociali peculiari, spesso legati a maggiore vulnerabilità psicologica, fragilità relazionali e rischi di marginalità. Concentrarsi su di loro significa quindi non solo aderire alle raccomandazioni scientifiche, ma anche rafforzare la capacità dei servizi di dare risposte mirate ed efficaci alle sfide più sensibili del fenomeno delle dipendenze.

In questa direzione si inserisce anche la prassi adottata dalla UOC SerD/GAP ASL BT (v. immagine 1, “Regolamento”) volta a favorire l'accesso ai Servizi SERD/GAP a donne e minori (maschi e femmine con meno di 18 anni), riconoscendo come le barriere culturali e lo stigma sociale costituiscano ostacoli rilevanti nell'avvio dei percorsi di cura.

Per garantire una risposta più inclusiva, i Servizi SERD/GAP di competenza sono tenuti a riservare almeno una giornata settimanale, comprensiva di un rientro pomeridiano, specificamente dedicata alla presa in carico di donne e minori con disturbo da uso di sostanze.

La fase di prima valutazione della domanda, per le donne, viene condotta dal personale infermieristico e da un'assistente sociale negli orari di apertura al pubblico. Nel caso dei minori la prima valutazione è a carico degli assistenti sociali.

Segue la fase di accoglienza, che si svolge in un ambiente riservato, curata dagli infermieri e con la compilazione della cartella clinica. Vengono raccolti i dati anamnestici e acquisito il consenso informato. Successivamente, l'assistente sociale programma un appuntamento con lo psicologo e/o con l'educatore professionale, seguito dal colloquio medico. Contestualmente, prende avvio la frequenza ambulatoriale del programma diagnostico che prevede:

- Drug-test su urine con cadenza settimanale;
- Esami ematochimici periodici;

- Colloqui psicologici a intervalli regolari;
- Colloqui medici periodici;
- Valutazione psicologica e multidisciplinare.

Il colloquio psicologico è finalizzato a escludere la presenza di problematiche psicopatologiche complesse. In caso di necessità, è previsto il coinvolgimento di ulteriori specialisti (es. Neuropsichiatria infantile per i minori o Centro di Salute Mentale per le donne). Per i minori, la partecipazione attiva dei genitori è obbligatoria sin dalle fasi iniziali del percorso.

Al termine delle fasi descritte, viene convocata una riunione di équipe multidisciplinare alla quale partecipano medico, psicologo, assistente sociale, educatore professionale e infermieri. In tale sede vengono definiti:

- Il piano di trattamento e la frequenza minima degli incontri di équipe;
- l'eventuale prescrizione di trattamenti farmacologici, decisa dal medico anche previa consultazione con specialisti;
- gli obiettivi terapeutici, articolati in breve, medio e lungo termine.

L'intero processo di valutazione e presa in carico deve concludersi in tempi congrui rispetto alla presentazione del/la minore o della donna al Servizio.

Materiali e metodi

I dati oggetto di analisi provengono dal sistema informativo HTH (Health for Health), adottato dalle Aziende Sanitarie Locali per la rilevazione e la gestione dei flussi informativi relativi agli utenti presi in carico dai Servizi per le Dipendenze (SerD). Tale sistema, istituito in attuazione del D.M. 11 giugno 2010 recante Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze, consente la raccolta standardizzata dei dati anagrafici, clinici e assistenziali, garantendo uniformità e confrontabilità delle informazioni a livello locale, regionale e nazionale. Tramite HTH è possibile monitorare in tempo reale i percorsi assistenziali, gli accessi e le caratteristiche socio-demografiche degli utenti, fornendo strumenti di supporto sia per la programmazione sanitaria sia per l'attività di ricerca epidemiologica.

Per il presente lavoro sono stati presi in considerazione i dati riferiti al triennio 2022-2024, estrat-

ti dal flusso informativo relativo al Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) U.O.C. SerD/GAP della ASL BT (Territori di Andria, Barletta, Trani, Canosa, Margherita di Savoia). L'analisi si concentrerà sia sui numeri assoluti degli accessi sia sulle relative distribuzioni percentuali, con un approfondimento mirato su donne e minori.

Successivamente sarà effettuato un confronto con i dati nazionali.

Risultati

L'analisi dei dati relativi agli accessi presso l'UOC SerD/GAP della ASL BT nel triennio 2022-2024 è delineata in un quadro differenziato tra popolazione femminile adulta e popolazione minorile, con particolare attenzione alla distribuzione delle tipologie di dipendenza in relazione al genere.

Nel triennio considerato, il numero complessivo di nuove pazienti donne (adulte, > 18 anni) ha registrato una crescita significativa, passando da 65 casi nel 2022 a 85 nel 2024. Tale incremento segnala un progressivo ampliamento della domanda di presa in carico femminile.

Nella popolazione femminile in termini di distribuzione percentuale emergono alcune tendenze costanti:

La dipendenza da alcol rappresenta la componente più rilevante, oscillando tra il 21% e il 30% delle nuove pazienti annuali, con un picco nel 2023 (29,9%);

Le dipendenze da cocaina e cannabinoidi mostrano valori rilevanti, rispettivamente attorno al 18-22% e al 9-16% dei casi;

La dipendenza da oppioidi, pur presente, evidenzia un calo proporzionale (dal 16,9% nel 2022 all'8,2% nel 2024);

Il gioco d'azzardo patologico, pur incidendo in valori assoluti ridotti, cresce in modo significativo, passando dall'1,5% del 2022 al 7% del 2024; La categoria residuale "altro" si attesta mediamente tra il 22% e il 29%, indicando forme di disagio o dipendenze non codificate nelle principali categorie.

In sintesi, il quadro femminile adulto si caratterizza per la persistente centralità dell'alcol e una crescente rilevanza di cocaina e cannabinoidi, con una riduzione dell'impatto percentuale degli oppioidi.

Il numero di nuovi pazienti minori (maschi e femmine, <18 anni) si mantiene stabile tra il 2022 e il 2023 (19 casi), con un incremento nel 2024 (24 casi). La distribuzione per genere mette in luce una netta prevalenza maschile (circa il 75% dei casi), con una presenza femminile minoritaria ma in crescita (da 3 nel 2022 a 6 nel 2024).

La distribuzione percentuale delle dipendenze nei minori è così caratterizzata: i cannabinoidi rappresentano la dipendenza nettamente prevalente, pari al 31,6% nel 2022, al 47,4% nel 2023 e al 62,5% nel 2024, con una crescita costante. Le dipendenze da cocaina sono marginali ma presenti (0-15,8% dei casi). La dipendenza da oppioidi, assente nei primi due anni, compare nel 2024 (12,5%; da 0 a 3 casi). L'alcol rimane residuale (5-10%). Il gioco d'azzardo patologico, assente nei primi due anni, emerge nel 2024 (12,5%). La categoria "altro" risulta particolarmente elevata nel 2022 (57,9%), riducendosi negli anni successivi (31,6% nel 2023 e 12,5% nel 2024).

In sintesi, la popolazione minorile mostra una netta polarizzazione verso il consumo di cannabinoidi, con un'espansione progressiva anche verso altre dipendenze (oppioidi, gioco d'azzardo) nell'ultimo anno.

Il divario di genere è più accentuato in età adolescenziale, dove i maschi rappresentano i tre quarti dei nuovi casi, mentre in età adulta la presenza femminile è numericamente significativa e in crescita (grafico 1). Tra i minori, invece, i cannabinoidi costituiscono la sostanza d'elezione, con valori percentuali in crescita fino a oltre il 60% dei casi nel 2024 (grafico 2).

Tra le donne adulte, prevale la dipendenza da alcol, affiancata da cocaina e cannabinoidi (grafico 3). Le dipendenze da oppioidi e gioco d'azzardo appaiono in calo relativo nelle donne adulte, ma mostrano segnali emergenti nei minori.

Discussione

L'analisi dei dati della U.O.C. SerD/GAP della ASL BT, riferita al triennio 2022-2024, offre un quadro che, pur presentando alcune convergenze con le tendenze nazionali delineate dalla relazione annuale al Parlamento 2025, mette in luce anche specificità locali degne di attenzione.

A livello nazionale, la cannabis si conferma la

sostanza più diffusa tra gli adolescenti, sebbene nel 2024 si registri un lieve calo dei consumi (dal 22% al 21%). Nella BAT, invece, il quadro appare ben diverso: tra i minori si osserva una crescita costante e significativa, con valori che passano dal 31,6% del 2022 fino a superare il 60% nel 2024. Questo dato, in netta controtendenza rispetto al lieve arretramento nazionale, segnala come la cannabis rappresenti nella realtà locale un fenomeno in espansione.

Anche per la cocaina emergono differenze. Se in Italia il consumo tra gli studenti mostra una flessione (dal 2,2% all'1,8%), nella BAT la sostanza mantiene una rilevanza costante, soprattutto tra le donne adulte, dove rappresenta circa un quinto dei nuovi casi di dipendenza. Nei minori, pur rimanendo più marginale, la cocaina è comunque presente, a testimonianza di una diffusione che non può essere trascurata.

L'alcol costituisce un punto di convergenza tra i due livelli di analisi. A livello nazionale, il binge drinking è diffuso tra i giovani e riguarda in particolare le ragazze; nella BAT, la dipendenza da alcol è la forma prevalente tra le donne adulte, con percentuali comprese tra il 21% e il 30%. Nei minori, invece, resta più marginale, oscillando intorno al 5-10%.

Un ulteriore elemento di rilievo riguarda gli oppioidi. In Italia la loro presenza appare meno centrale, mentre nella BAT si registra un calo tra le donne adulte (dal 16,9% all'8,2%), ma, parallelamente, una comparsa significativa tra i minori nel 2024 (12,5%). Questo dato suggerisce un campanello d'allarme: se da un lato si riduce il peso storico degli oppioidi negli adulti, dall'altro essi fanno la loro comparsa in età adolescenziale.

Il gioco d'azzardo, infine, rappresenta un fenomeno in espansione in entrambi i contesti. A livello nazionale, quasi sei ragazzi su dieci hanno scommesso almeno una volta, con una crescente diffusione delle piattaforme online. Nella BAT, pur con numeri assoluti inferiori, la tendenza è analoga: tra le donne adulte i casi sono passati dall'1,5% al 7% nel triennio, mentre nei minori il gioco d'azzardo emerge per la prima volta nel 2024, interessando il 12,5% dei nuovi casi.

Un aspetto che differenzia ulteriormente i due livelli riguarda l'uso di psicofarmaci senza prescri-

zione. La relazione nazionale segnala il fenomeno come particolarmente diffuso tra le adolescenti (12% degli under 18, con una prevalenza doppia tra le ragazze), mentre nei dati BAT questa categoria non compare in maniera specifica, probabilmente confluita nella voce residuale "altro". Ciò lascia aperta la possibilità di una sottostima locale, oppure di una minore strutturazione nella rilevazione.

Infine, la distribuzione di genere. In Italia le ragazze risultano più vulnerabili all'uso di alcol, tabacco e psicofarmaci, mentre i ragazzi prevalgono sul fronte di cannabis e gioco d'azzardo. Nella BAT, il quadro è coerente: tra gli adulti cresce la domanda femminile, soprattutto per l'alcol, ma anche per cocaina e cannabinoidi; tra i minori, invece, il divario di genere è marcato, con i maschi che rappresentano i tre quarti dei nuovi accessi, sebbene le ragazze mostrino un aumento progressivo.

In sintesi, il confronto mostra come la BAT rifletta alcune dinamiche nazionali (centralità dell'alcol nelle donne, espansione del gioco d'azzardo, differenze di genere nei consumi), ma al tempo stesso evidenzia specificità locali più critiche, in particolare la crescita dei cannabinoidi tra i minori e la comparsa di oppioidi e gambling in età adolescenziale. Questi dati sottolineano l'urgenza di interventi mirati, con un approccio integrato e sensibile alle differenze di genere ed età, capaci di intercettare precocemente le nuove forme di fragilità e ridurre i rischi di marginalità.

Conclusioni

I gruppi "donne" e "minori" costituiscono due popolazioni con specifici bisogni clinici, sociali e psicologici, spesso associati a condizioni di vulnerabilità e a percorsi di cura più complessi.

Nel genere femminile l'iniziazione all'uso di sostanze appare spesso connessa a fattori quali ansia, bassa autostima, isolamento sociale o esperienze traumatiche di violenza e abuso sessuale (Weathers e Billingsley, 1982), mentre negli uomini prevale la motivazione legata al gruppo dei pari. Ci sono dati in letteratura che sottolineano il ruolo degli ormoni sessuali (Bobzean et al., 2014; Melis, 2016) nella modulazione degli effetti delle sostanze sulle donne. Inoltre, la transizione dall'abuso alla dipendenza è più frequente e più veloce

nelle donne; è più probabile che le donne utilizzino le sostanze a scopo di automedicazione, sono più suscettibili agli effetti avversi e all'overdose e sperimentano ricadute più frequentemente dei maschi.

Le donne mostrano una maggiore vulnerabilità sia biologica sia culturale: la transizione dall'uso alla dipendenza è più rapida, il rischio di overdose più elevato e la comorbidità con disturbi dell'alimentazione, PTSD, disturbi borderline e depressivi particolarmente frequente. Nonostante ciò, l'accesso ai servizi di cura rimane ostacolato da barriere strutturali e dallo stigma, che si accentua ulteriormente in presenza della maternità.

Beltrami e colleghi (2024) descrivono le barriere strutturali di accesso ai servizi come uno degli ostacoli principali che le donne con DUS incontrano nel percorso di cura. Gli autori spiegano che, a differenza degli uomini, le donne arrivano spesso più tardi ai servizi e con situazioni cliniche più compromesse, proprio perché l'accesso è limitato da vari fattori. Tra questi vengono citati:

- scarso sviluppo di programmi specifici per le donne, poiché la maggior parte dei servizi di cura è stata storicamente pensata per pazienti uomini;
- rigidità organizzative (orari, modalità di accesso, tempi di attesa) che non si adattano alle esigenze di chi, ad esempio, ha responsabilità di cura dei figli;
- assenza di spazi dedicati alla maternità (ad esempio comunità che non consentono di accogliere madri con bambini);
- pregiudizi e stigma sociali, che si riflettono anche nelle istituzioni e rendono le donne meno propense a rivolgersi ai servizi (Lacatena, 2020; Thomas & Bull, 2018). Le donne che diventano madri sperimentano uno stigma ulteriore rispetto alla difficoltà di conservare le responsabilità genitoriali durante il trattamento (Lee et al., 2017). In altre parole, con barriere strutturali gli autori intendono tutti quegli aspetti organizzativi, istituzionali e culturali che non permettono alle donne di accedere facilmente alle cure, e che contribuiscono a un drop-out più elevato e a risultati terapeutici peggiori rispetto agli uomini.

Fernandez-Montalvo et al. (2017) in uno studio longitudinale per valutare le differenze tra uomini e donne nella percentuale di dropout durante il

percorso di trattamento, trovano che, rispetto ad una percentuale globale di dropout del 38,8%, le donne interrompono il trattamento nel 47,1%, mentre gli uomini nel 31,3%, differenza statisticamente significativa.

La letteratura mette in luce come la tossicodipendenza femminile sia una patologia a genesi relazionale, nella quale traumi e modelli di attaccamento disfunzionali giocano un ruolo determinante. Gli autori sottolineano che i servizi, troppo spesso settorializzati, non riescono a rispondere in modo adeguato alle specificità di genere. Diventa pertanto indispensabile sviluppare percorsi terapeutici differenziati e integrati, capaci di affrontare in maniera congiunta la dipendenza, il trauma e le vulnerabilità legate al ruolo femminile e alla maternità.

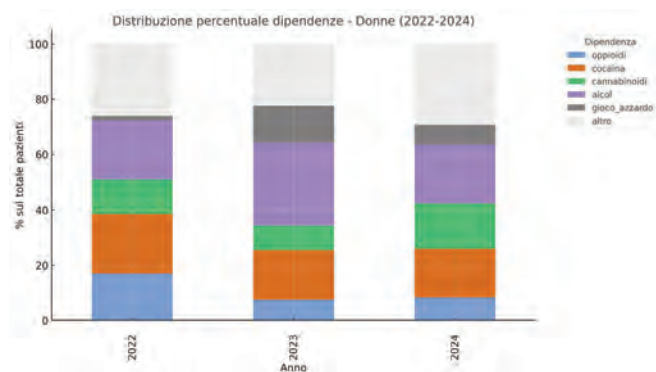
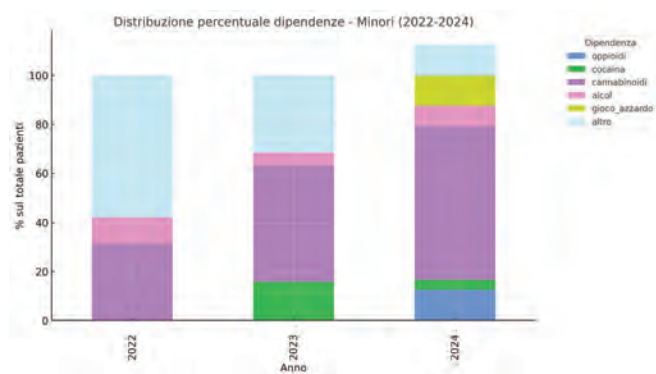
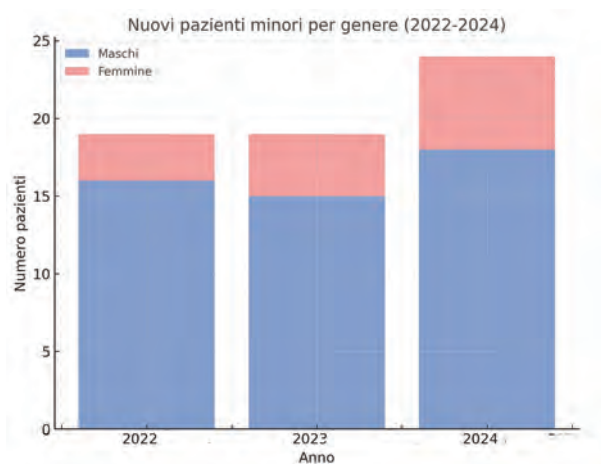
La larghissima diffusione del consumo di sostanze sia legali che illecite tra gli adolescenti e i dati riferibili all'accesso al gioco d'azzardo tra gli adolescenti e i giovani adulti, rappresenta la premessa alla necessità di prevedere una stretta collaborazione tra l'ambito della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria e l'ambito delle dipendenze. I giovanissimi necessitano di un approccio specifico per quanto riguarda l'aggancio precoce e il percorso di consultazione o cura, che devono tenere conto della fase esplorativa propria dell'età adolescenziale e del facile accesso a comportamenti a rischio, legali e non, agevolando l'accesso ai servizi.

È importante offrire una possibilità di confronto a quei giovani che non sentono o non pensano di potersi avvalere di un servizio ambulatoriale specializzato in consultazione, diagnosi e trattamento relativi al consumo di sostanze e a comportamenti potenzialmente additivi, eventualmente ma non necessariamente problematici, anticipando il più possibile le informazioni protettive, l'eventuale valutazione-diagnosi e i conseguenti interventi. È fondamentale accorciare l'intervallo di "malattia non trattata", dal momento che diagnosi precoce e intervento tempestivo sono cruciali nell'aumentare il numero di guarigioni e nel migliorare sensibilmente il decorso della patologia.

Riferimenti bibliografici

- Beltrami, M., Bianchi, F., Lacatena, A. P., Rossi, L. (2024). Barriere di genere nell'accesso ai servizi per le dipendenze: prospettive cliniche e organizzative. Milano: FrancoAngeli.
- Bobzean, S. A., De Nobrega, A. K., & Perrotti, L. I. (2014). Sex differences in the neurobiology of drug addiction. *Experimental Neurology*, 259, 64-74.
- Fattore, L., & Melis, M. (2016). Sex differences in impulsive and compulsive behaviors: A focus on drug addiction. *Addiction Biology*, 21(5), 1043-1051.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Azanza, P., Arteaga, A., & Cacho, R. (2017). Gender differences in treatment progress of drug-addicted patients. *Women & Health*, 57(3), 358-376.
- Lacatena, A. P. (2020). Donne e tossicodipendenza. Quando la patologia è di altro genere... *Mission*, XIV (53), 26-32.
- Lee, N., & Boeri, M. (2017). Managing stigma: Women drug users and recovery services. *Fusio*, 1, 65-94.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga. (2025). Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2025. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- Thomas, N., & Bull, M. (2018). Representations of women and drug use in policy: A critical policy analysis. *International Journal of Drug Policy*, 56, 30-39.
- Weathers, C., & Billingsley, D. (1982). Body image and sex-role stereotype as features of addiction in women. *International Journal of the Addictions*, 17(2), 343-347.

REGOLAMENTO DEI SERVIZI DDP ASL BT «DONNE E MINORI»	
PRESTAZIONE	DESCRIZIONE
Accesso ai servizi	1 giornata settimanale e 1 rientro pomeridiano dedicati
Prima valutazione	Donne: espletata dagli infermieri/assistenti sociali; Minori: assistenti sociali
Accoglienza	Stanza riservata; compilazione cartella clinica; acquisizione consenso informato; appuntamento con psicologo/educatore; colloquio medico
Programma diagnostico	Include: drug test settimanale (urine), valutazioni ematochimiche periodiche, colloqui psicologici e medici periodici
Colloquio psicologico	Esclude o evidenzia problematiche psicopatologiche (eventuale invio consulenza medica specialistica: NP/IA/CSM et al.); coinvolgimento genitori (almeno iniziale) obbligatorio per i minori
Riunione d'équipe	Proposta ipotesi diagnostica, obiettivi terapeutici, prescrizioni farmacologiche; Incontri di équipe almeno mensili.



19.4

PROGETTO DONNE IN-GRADO

Palomba I.*[1], Baudino A.[2]

[1]Ticino Addiction ~ Lugano ~ Switzerland,

[2]Ingrado, servizi per le dipendenze ~ Lugano ~ Switzerland

Uno sguardo di genere nei servizi per le dipendenze

Il concetto di “genere” definisce delle categorie fondate su fattori biologici, ambientali, socioculturali ed economici (Lacatena, 2020).

Al Centro Ingrado situato a Lugano, in Svizzera, in collaborazione con Ticino Addiction abbiamo riflettuto sulla particolarità dei bisogni delle donne tossicodipendenti, il che richiede necessariamente un riorientamento dei servizi in un’ottica gender-oriented, al fine di rispondere in modo più protettivo alla sofferenza mentale e al disagio sociale.

Questo ambito di intervento comprende al suo interno diversi servizi complementari: l'ambulatorio di medicina delle dipendenze, il centro di accoglienza diurno e altre prestazioni rivolte a una popolazione eterogenea di utenti. La presenza integrata di servizi medici, psicosociali e socio-educativi offre un osservatorio privilegiato per analizzare i bisogni specifici delle donne che si rivolgono a tali strutture.

Il Progetto mira in definitiva alla promozione di una cultura della cura attenta alle specificità di genere e all'autonomizzazione della persona, affinché la consapevolezza del proprio potenziale diventi un mezzo utile per la tutela e il mantenimento della sua salute.

Nelle prime tappe, è stato somministrato un questionario a tutte le donne (o persone che si riconoscono nel genere femminile) che frequentano il servizio. Quale obiettivo la raccolta delle informazioni sui bisogni, sulle difficoltà incontrate e sulle aspettative rispetto ai servizi.

Sulla base delle risposte e dei bisogni emersi, la seconda fase del progetto ha previsto la proposta di incontri informali (ricreativi e partecipativi) rivolti esclusivamente al pubblico femminile con l'obiettivo di creare uno spazio di fiducia dove favorire il dialogo e raccogliere nuove indicazioni sui bisogni rispondendo in modo più mirato alle loro esigenze. Le attività sono iniziate a maggio del 2025 e tuttora proseguono con cadenza mensile fino a dicembre 2025 in cui verrà svolto un bilancio del progetto.

Area tematica 20

CONSUMI E MIGRANTI: EVIDENZE E RISPOSTE POSSIBILI

20.1

LA COMPLESSITÀ E LE SFIDE DELLA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI MIGRANTI

Tyropani M.*[1], Falconi U.[1], Verzura C.[2], Vigani V.[1], Nolli R.[1], Materzanini A.[3]
[1]DSMD ASST-FRANCIACORTA ~ SERD Orzinuovi ~ Italy, [2]DSMD ASST-FRANCIACORTA ~ SERD Rovato ~ Italy, [3]DSMD ~ DSMD Iseo ~ Italy

ESPERIENZA DEL SERD DI ORZINUOVI

Introduzione

Il DSMD dell'ASST-Franciacorta ha una lunga storia di politiche di inclusione, integrazione e cura dei pazienti che accedono ai servizi del Dipartimento. Da anni il Dipartimento promuove azioni volte a favorire l'integrazione delle persone portatrici di bisogni complessi nel proprio ambiente di vita. La missione dei SerD di Orzinuovi e Rovato si svolge nell'ottica di centralità della persona assistita: gli interventi terapeutico riabilitativi sono personalizzati e tarati sulla base delle differenze individuali e delle comunità, tenendo in considerazione il contesto socioculturale, il livello di istruzione, nonché il ruolo della famiglia.

Metodologia

Il SERD di Orzinuovi attualmente ha in carico 320 utenti di nazionalità italiana (3 utenti marocchini e una indiana naturalizzati italiani), 53 utenti di nazionalità extracomunitaria e 3 utenti di nazionalità comunitaria.

Di questi 56 utenti, 44 sono di nazionalità indiana, 3 di nazionalità albanese, 1 di nazionalità kosovara, 1 di nazionalità marocchina, 3 di nazionalità rumena, 1 nazionalità dello Sri Lanka, 1 di nazionalità tunisina, 1 paziente di nazionalità brasiliana e 1 paziente ucraina.

In questo studio prenderemo in esame la presa in carico dei pazienti indiani, che rappresenta il campione più numeroso di utenti stranieri afferenti al SerD di Orzinuovi.

Si prenderà in considerazione: l'età del campione, l'occupazione, la scolarità, il territorio di appartenenza, oltre che la sostanza di iniziazione. Sono tutte informazioni che vengono raccolte durante l'anamnesi per l'apertura di cartella e/o consulenza.

Risultati

Da evidenziare che il campione in analisi è costituito da pazienti di solo sesso maschile; il servizio non ha in carico pazienti indiane.

Tutti gli utenti hanno diagnosi di Dipendenza da oppiacei e, di questi, il 95% Dipendenza da Alcool.

Gli utenti con età maggiore di 40 anni lavorano nell'ambito dell'agricoltura e zootecnia, non conoscono altre lingue e hanno difficoltà a parlare l'italiano, anche se risiedono da diversi anni nel nostro paese. Gli utenti più giovani conoscono l'inglese e lavorano come liberi professionisti o operai in fabbrica. Il secondo gruppo mostra maggiore capacità di integrazione.

È evidente una maggiore tendenza di entrambi i gruppi a rapportarsi solo con persone della stessa etnia e a mantenere le tradizioni del paese di origine, non solo per quanto riguarda la religione, ma anche per le abitudini della vita. Uno degli elementi maggiormente riscontrati, in tal senso, riguarda l'accettazione dei matrimoni combinati per cui la madre dello sposo gioca un ruolo cruciale nella scelta della futura moglie.

Infatti, la presenza delle caste, un'antica struttura sociale che ha radici religiose, culturali e storiche, continua ad avere effetti importanti nella vita quotidiana indiana, anche se oggi è ufficialmente

vietata la discriminazione basata sulla casta. Tuttavia, la casta resta ancora importante soprattutto nei matrimoni combinati tra famiglie appartenenti alla stessa.

Gli utenti giovani che sono venuti in Italia in età prescolastica (quelli nati in Italia hanno già la cittadinanza italiana) presentano delle caratteristiche peculiari. In questa popolazione sta emergendo una difficoltà nel costruire sistemi di riferimento personali. C'è un continuo confronto con i modelli identificatori offerti dai genitori e le reti sociali, scolastiche e lavorative entro cui sono inseriti. Tutti loro parlano anche il dialetto bresciano, ma continuano a rapportarsi nel tempo libero con altri indiani o persone che appartengono a etnie straniere.

Il territorio di provenienza di questo gruppo è il Punjab indiano, che è un territorio a nord ovest dell'India, parte di una più grande regione denominata Punjab (costituita dal Punjab indiano e pakistano). È una regione agricola, infatti, la maggior parte degli utenti svolgeva prima di venire in Italia lavori nei campi. Solo due utenti del campione sono laureati in scienze politiche, ma in Italia svolgono comunque lavori in ambito zootecnico (stalle).

Già nel 2017, una testata giornalistica inglese (BBC) descriveva la situazione di crisi del Punjab interrogandosi sulle ragioni legate all'uso di eroina e oppio. Nell'articolo si evidenziava un'indagine condotta dal governo indiano, la quale suggeriva come più di 860.000 giovani (della fascia tra i 15-35 anni), nella regione indiana del Punjab, risultavano essere utilizzatori di sostanze stupefacenti. Questo dato supera di tre volte tanto la media nazionale.

La vicinanza del Punjab con il Pakistan, così come con l'Afghanistan e l'Iran, maggiori produttori di oppio, determini e facilita il contrabbando di droga attraverso le frontiere. Questo è uno dei motivi per cui l'eroina e l'oppio sono così liberamente disponibili.

Inoltre, il Punjab sta attualmente vivendo alti livelli di disoccupazione dovuti ad un'industria agricola vacillante, che in precedenza offriva alla

regione una notevole ricchezza, ragione per la quale vi è un'ondata di migrazione. Di conseguenza la crisi agricola e la disoccupazione hanno alimentato una vera emergenza di utilizzo di sostanze. Infatti, la quasi totalità dei pazienti indiani che accedono al servizio, inizia ad usare oppio per poi passare all'eroina.

Discussione

La presa in carico di tali pazienti risulta complessa principalmente a causa di barriere linguistiche e culturali che ostacolano l'instaurarsi di una relazione terapeutica efficace con le diverse figure professionali coinvolte (medici, psicologi, educatori, A.S. infermieri).

Nel caso in cui gli utenti non conoscano l'inglese, i colloqui vengono svolti con l'aiuto del mediatore culturale, che non ha solo il compito di tradurre, ma anche di fare da ponte tra le due culture aiutando l'utente e il personale del SERD nel rapportarsi.

I programmi terapeutici di tipo farmacologico rappresentano la maggioranza degli interventi attuati e tendono a rimanere l'unica possibilità proponibile.

Tale aspetto solleva questioni rilevanti circa l'aderenza terapeutica e l'efficacia degli interventi integrati, che costituiscono la prassi consolidata per gli altri gruppi di pazienti.

L'utente straniero non accede a interventi psicosociali, se non obbligato, non solo per una diffidenza verso gli operatori, ma anche per un mancato riconoscimento dei propri bisogni e delle proprie fragilità. È presente forte alelessitimia, oltre al rapporto tra corpo e malattia. La dipendenza viene considerata una debolezza individuale e non una malattia vera e propria; tale convinzione è legata soprattutto alle credenze e tradizioni culturali.

Un ulteriore elemento di criticità che è emerso nell'ultimo periodo, riguarda il numero crescente di accessi in codice rosso al servizio correlati all'abuso di alcol e sostanze. Nell'ultimo anno 5 dei nostri utenti indiani sono stati segnalati per tale reato: ciò evidenzia la necessità di elaborare strategie di prevenzione più efficaci, mirate a ridurre

le complicazioni sul piano legale, relazionale, di salute fisica e psichica alla base dell'aggressività di tali individui.

In tale prospettiva si ritiene fondamentale sviluppare interventi che prevedano un maggior coinvolgimento delle famiglie, al fine di garantire supporto nella gestione quotidiana dei pazienti. Inoltre, il SERD di Orzinuovi chiede il coinvolgimento dei servizi sociali di base qualora si ravvisi una condizione di criticità del paziente, nell'ottica di un lavoro di rete e prevenzione (p.e.: pazienti con ricorrenti intossicazioni da sostanze o alcol, nuclei familiari con figli minori e con mogli che non parlano l'italiano o non accedono ai colloqui richiesti da parte nostra).

Conclusioni

La competenza transculturale si definisce la capacità di cogliere i modi di vita individuali in una situazione particolare e in contesti diversi, di comprenderli in profondità e di dedurre un metodo adatto per risolvere i problemi che pongono (Domenig 2007).

La Competenza transculturale si fonda su tre presupposti: riflessione su di sé, empatia e conoscenza/esperienza (Domenig 2007).

La comunicazione svolge un ruolo chiave nel lavoro sulle dipendenze: non si tratta solo di saper parlare una determinata lingua, ma anche soprattutto di saper stabilire e strutturare una relazione (Infodrug 2009).

Il lavoro che viene privilegiato presso il SERD di Orzinuovi è basato su un approccio individuale, prediligendo interventi che si focalizzano sulle risorse piuttosto che sulle lacune, si lavora sul vissuto dell'utente, con le famiglie e la rete del territorio.

Bibliografia

- Medicina delle migrazioni, la salute del migrante e i fattori di rischio associati, 2012 Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
- Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, Obiettivi 2025 ASST-Franciacorta.
- Lavorare sulle Dipendenze nel rispetto dei contesti migratori. Infodrug. Manuale di Centrale di coordinamento nazionale delle dipendenze 2009
- Domenig, Dagmar (a c. di) (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (2a ed.). Berna: Hans Huber
- Why has India's Punjab fallen into the grip of drug abuse? 2 febbraio 2017 [www.bbc.com news word asia.india](http://www.bbc.com/news/world-asia-india)
- Understanding the epidemiology of substance use in India: A review of nation wide surveys; Parmar, Arpit; Bhatia, Gayatri1; Sharma, Pawan2; Pal, Arghya
Indian Journal of Psychiatry 65(5): p 498-505, May 2023

20.2

MIGRAZIONE E DIPENDENZE: L'ESPERIENZA DEL SERD DI BERGAMO

Praticò L.*, Riglietta M.

ASST Papa Giovanni XXIII ~ Bergamo ~ Italy

Questo lavoro mette in evidenza le caratteristiche della popolazione straniera afferente al SerD di Bergamo, ne descrive le problematiche di dipendenza, mettendole a confronto con la popolazione italiana afferente al servizio. Secondariamente descrive gli interventi mirati all'assistenza dei migranti sottolineando gli aspetti da migliorare.

Introduzione

La popolazione migrante in Italia ammonta a circa 5,3 milioni di persone, l'8,9% della popolazione totale. Gli stranieri residenti regolarmente in Italia sono circa 3,6 milioni secondo i dati Istat (Istat, 2025).

I dati epidemiologici sulle dipendenze nella popolazione migrante in Italia sono ancora molto parziali. Le ragioni sono diverse: lo scarso accesso alle strutture; la mancanza di rilevazioni approfondite e sistematiche che comporta l'impossibilità di avere dati statistici attendibili che permettano di fare delle stime sulla prevalenza del fenomeno nella fascia di non regolari; l'assenza di una politica organica di intervento a livello nazionale.

Dai dati europei, si evince che la prevalenza di uso di sostanze nella popolazione straniera è globalmente inferiore rispetto alla popolazione del paese ospitante, specialmente nei migranti recenti, riflettendo l'uso di sostanze nei loro paesi di origine. Questo fenomeno è conosciuto come "paradosso del migrante". Infatti, nel tempo la prevalenza di uso di sostanze nelle comunità migranti diviene sempre più simile a quella osservata nella popolazione generale (EUDA 2023, EMCDDA, 2017).

Un altro aspetto osservato nella popolazione migrante è che il tipo di sostanza utilizzata dipen-

de dal Paese di origine e dalle tradizioni del paese di origine (es. uso di khat in popolazione somala, foglie di coca nelle popolazioni sudamericane). Questo porta con sé problematiche legate all'illegalità di queste sostanze nel paese ospitante. Tali stupefacenti vengono infatti considerati alla stregua delle altre sostanze in Italia, senza tenere in considerazione differenze associate alle diverse etnie (EUDA 2023, EMCDDA, 2017).

Fattori di rischio per l'uso di sostanze nella popolazione migrante

Esistono diversi fattori di rischio noti che i migranti possono sperimentare e che potrebbero portare a un aumento della prevalenza dell'uso di sostanze stupefacenti. Questi includono disoccupazione e povertà, perdita di reti di supporto familiare e sociale e il trasferimento in un contesto culturale in cui l'uso di droghe o alcol può essere socialmente più tollerato. Tra gli altri fattori di rischio si annoverano condizioni di vita socioeconomiche avverse (pre- e post-migrazione), esperienze traumatiche, bassi livelli di istruzione, separazione familiare, status familiare e socioeconomico, ambiente di lavoro, stress ed esclusione sociale (De Kock, C., 2022).

Per le persone che non hanno una residenza, all'arrivo nel paese ospitante, le sostanze possono essere utilizzate per affrontare lo stress, la noia, l'incertezza e la frustrazione riguardo al proprio status di migrante. Sono stati identificati diversi fattori di rischio che potrebbero essere associati a un rischio elevato di uso di sostanze in questo gruppo, tra cui: la durata del periodo trascorso in centri di detenzione per migranti, la minaccia imminente di espulsione e la mancanza di accesso a servizi sanitari, educativi e sociali (De Kock, C., 2022). I migranti di recente immigrazione sono infatti più vulnerabili a causa della mancanza di informazioni e, potenzialmente, di accesso alle cure.

Garantire la continuità delle cure è stata identificata come una priorità per rispondere alle esigenze dei migranti provenienti dall'Ucraina, poiché coloro che ricevevano un trattamento per la dipendenza in Ucraina spesso non sapevano come accedere a un supporto adeguato o come continuare il trattamento nel paese ospitante (Horyniak, D., et al., 2016, Knipscheer, J. W., et al,

2015, Lindert, J. and Schimina, G., 2011, Bogic, M., et al., 2012, Brendler-Lindqvist, M., Norredam, M. and Hjern, A., 2014).

Inoltre, l'esperienza di eventi traumatici prima e dopo la migrazione, così come durante il viaggio migratorio stesso, può contribuire al rischio di sviluppo di disturbo da stress post-traumatico (PTSD), depressione o altre problematiche di salute mentale, che a loro volta, portano a un rischio maggiore di uso di sostanze a scopo di automedicazione (Knipscheer, J. W., et al., 2015, Lindert, J. and Schimina, G., 2011). Questa problematica è particolarmente evidente per i rifugiati e i richiedenti asilo che cercano protezione internazionale (Horyniak, D., et al., 2016).

Barriere di accesso ai servizi

Nel considerare i bisogni sanitari dei migranti, è particolarmente importante identificare le barriere che possono limitare la possibilità dei migranti di accedere sia a servizi sanitari generici che a servizi sanitari più specialistici (Lindert, J. and Schimina, G., 2011, Blom, N., Huijts, T. and Kraaykamp, G., 2016, Madeira, A. F., et al., 2018).

I migranti che necessitano di supporto per un problema di sostanze potrebbero non essere a conoscenza, ad esempio, della disponibilità di servizi terapeutici specifici o avere preoccupazioni legate alla rivelazione del consumo di sostanze o alla ricerca di supporto per la paura dello stigma e della possibilità di subire conseguenze negative, come il rischio di espulsione, la perdita dei diritti di residenza o di alloggio e di altri privilegi, o persino la perdita della custodia dei figli.

Anche le questioni linguistiche rappresentano un ostacolo significativo all'accesso e all'erogazione dei servizi, poiché molti migranti non parlano la lingua del paese ospitante.

Altri ostacoli all'accesso a servizi specializzati di salute mentale o per il trattamento delle dipendenze in queste popolazioni includono: diversi comportamenti nella ricerca di aiuto; diverse aspettative culturali nei confronti degli operatori sanitari; atteggiamenti negativi nei confronti e da parte degli operatori; lunghe liste d'attesa; e convinzioni culturali sulla salute mentale (EUDA, 2023).

Sostanze utilizzate dalla popolazione straniera all'arrivo nei servizi di accoglienza

Da uno studio italiano del 2019, le sostanze usate dai migranti ospiti dei servizi di accoglienza erano in ordine di prevalenza: cannabis (98%), alcol (96%), farmaci analgesici e benzodiazepine (32%), cocaina (28%), eroina (21%), cannabinoidi sintetici (19%), amfetamine e amfetaminosimili (9%), ketamina (6%), khat e derivati (6%), allucinogeni (4%), oppioidi sintetici (2%) (Fuoriluogo, 2019).

Interventi chiave per migranti

Tra gli interventi considerati efficaci ai fini della cura delle dipendenze nella popolazione migrante, alcuni sono considerati fondamentali.

La presenza di servizi di traduzione e mediazione culturale e lo sviluppo di competenze culturali da parte degli operatori sanitari sono elementi importanti sia per supportare gli operatori sanitari, sia per permettere un accesso facilitato ai pazienti stranieri (Guerrero, E. G., et al., 2015, Aelbrecht, K., et al., 2019).

Un elemento sempre più considerato importante è il lavoro dei peer sia per il passaparola, sia per ridurre la barriera fatta di stigma e paura (EUDA, 2023).

Inoltre, si parla sempre più di servizi con approcci di genere differenziati soprattutto in relazione alle differenze legate al genere in determinate culture (EUDA, 2023).

Come nella popolazione generale, un altro enorme capitolo sono gli interventi di prevenzione e identificazione precoce della problematica che permettono un accesso rapido ai servizi competenti e non solo prevengono lo sviluppo della dipendenza ma anche le conseguenze legali (Council of Europe, 2022).

Elemento basilare sono poi gli approcci basati sul trauma (Trauma-informed care). La popolazione migrante è di per sé portatrice di trauma, non solo per il difficile viaggio migratorio, ma anche per l'arrivo in un contesto di difficile integrazione (Turrini, G., et al., 2019, Wenk-Ansohn, M., et al. 2018).

Per questo diventa sempre più importante garantire la continuità delle cure per qualsiasi problematica di salute, incluse le dipendenze (terapia ago-

nista) (EUDA 2023, Council of Europe 2022). Inoltre, viste le problematiche di integrazione della popolazione migrante, gli interventi di riduzione del danno diventano chiave per garantire un minimo di cura e di aggancio ai servizi (EUDA 2023, Council of Europe 2022). Infine, i servizi più efficaci dovrebbero essere servizi di salute integrati (multidisciplinari) e servizi di reintegrazione sociale dedicati ai migranti (Roberts, N. P., et al, 2015, Priebe, S., Giacco, D. and El-Nagib, R., 2016).

Obiettivo dello studio: descrivere le caratteristiche della popolazione straniera afferente al SerD di Bergamo e la loro problematica di dipendenza e descrivere gli interventi mirati a tale popolazione.

Metodi

Sono stati estratti i dati relativi ai pazienti stranieri in carico al SerD di Bergamo al 17 settembre 2025.

In particolare, sono stati analizzati i dati relativi alle caratteristiche demografiche (genere, età, provenienza) e il tipo di sostanza primaria utilizzata in modo problematico.

Sono state confrontate le prevalenze di uso della sostanza primaria tra italiani e stranieri usando il test chi quadrato per valutarne la significatività statistica e il test di Fisher quando i numeri erano molto bassi. Per le differenze tra le medie è stato utilizzato il test T di Student.

Sono stati poi descritti i principali interventi che il SerD di Bergamo ha messo in atto per gli stranieri in carico.

Risultati

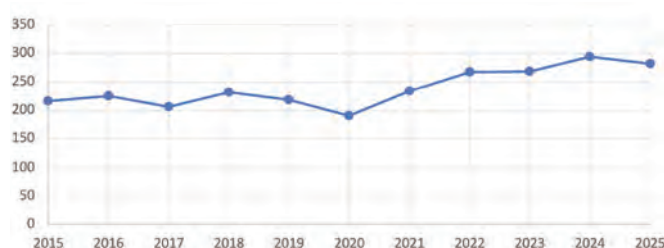
Al 17/09/2025 la popolazione migrante in carico al SerD di Bergamo per dipendenza da sostanze/alcol ammontava a 217 soggetti su una popolazione totale di 1496, corrispondenti al 15% della popolazione totale afferente al servizio.

La popolazione migrante in carico al servizio è lievemente cresciuta nel corso degli ultimi 10 anni: se nel 2015 gli stranieri in carico per qualunque ragione (non solo dipendenza da sostanze) erano 216, nell'ultimo anno fino al 17/09/2025 sono stati 282.

La figura 1 mostra l'andamento delle prese in cari-

co dei migranti negli ultimi 10 anni.

Figura 1. *Stranieri in carico al SerD di Bergamo 2015-2025*



Caratteristiche demografica delle persone in carico per dipendenza da sostanze/alcol

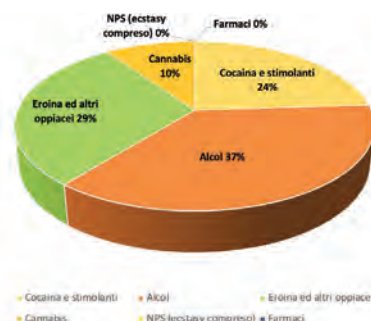
La maggioranza della popolazione è di genere maschile, infatti il rapporto M:F è pari a 4:1, e ricalca il rapporto M:F nella popolazione italiana. L'età media delle persone straniere in carico è di 40 anni (17-68; DS 10,5), mentre per gli italiani è di 47 anni (14-81; DS 12,29) (t 9,08; p-value <0,05). La provenienza geografica mostra che il 30% della popolazione straniera viene dal Nord Africa, il 28% da Paesi Europei (esclusa l'Italia), il 22% da Paesi Asiatici, il 13% dal Sudamerica, il 6% dall'Africa Sub-Sahariana e il 2% dall'America Centrale.

Sostanza primaria

Il 37% dei pazienti è in carico per alcol, il 29% per eroina e altri oppiacei, il 24% per cocaina e altri stimolanti, il 10% per cannabis (chi quadrato 34,45; p-value < 0,05).

La figura 2 mostra questa distribuzione.

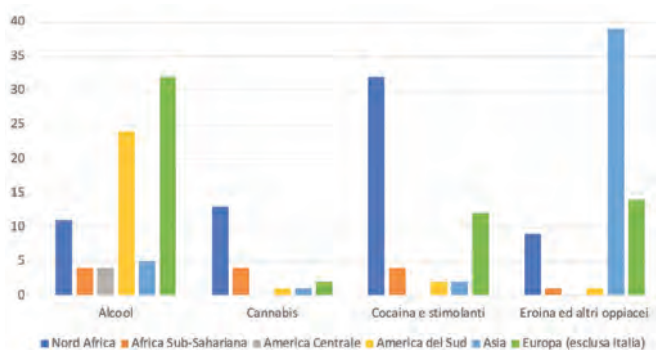
Figura 2. *Sostanza problematica negli stranieri in carico al SerD di Bergamo*



Questo grafico non riflette la prevalenza di uso nella popolazione straniera presente sul territorio bergamasco, ma solo nella popolazione straniera in carico al SerD.

La figura 3 invece mostra la differenziazione delle sostanze problematiche a seconda della provenienza geografica.

Figura 3. Prevalenza sostanza secondo provenienza geografica



Come si può osservare chiaramente dal grafico, per quanto riguarda le persone provenienti dal Nord Africa la problematica principale risulta essere la cocaina (49%), seguita da cannabis (20%), alcol (17%) e oppiacei (14%) (chi quadrato 20,85; p-value=0,000113).

Nella popolazione dell'Africa Sub-Sahariana alcol, cannabis e cocaina risultano essere prevalenti allo stesso modo (31% ciascuno), mentre meno persone hanno un uso problematico di oppiacei (7%) (chi quadrato 2,08; p-value=0,56).

Per quanto riguarda la popolazione dell'America Centrale e dell'America del Sud, la problematica prevalente è l'alcol (100% America Centrale e 86% America del Sud) e in piccolissima parte è rappresentata da cocaina (7%), cannabis (3,5%) e oppiacei (3,5%) (chi quadrato 55,14; p-value < 0,05).

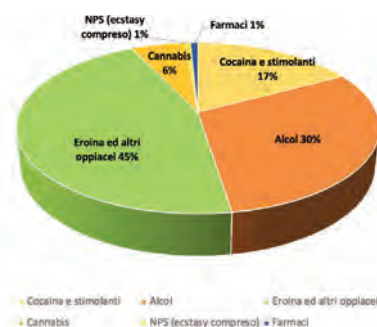
Per quanto concerne la popolazione asiatica (in gran prevalenza indiana 87%), la problematica principale risulta l'uso di oppiacei (83%), seguita da alcol (11%), cocaina (4%) e cannabis (2%) francamente in minore prevalenza (chi quadrato 85,0; p-value < 0,05).

Infine, per i migranti dell'area europea, la problematica maggiormente rappresentata è l'alcol (54%), seguito da oppiacei (23%), cocaina (20%) e in piccolissima percentuale, la cannabis (3%) (chi quadrato 31,2; p-value < 0,05).

Se si confrontano questi dati con quelli della popolazione italiana in carico al SerD di Bergamo si può osservare che per gli italiani, la problema-

tica prevalente è sicuramente l'uso di oppiacei (45%), seguito da alcol (30%), cocaina (17%), cannabis (6%) e infine farmaci (1%) e NPS (1%) (chi quadrato 1244,90; p-value=0).

Figura 4. Prevalenza sostanze nella popolazione italiana in carico al SerD di Bergamo



Gli italiani usano eroina in proporzione significativamente maggiore rispetto agli stranieri (chi quadrato=17,33; p-value=0,000031).

Confrontando l'uso problematico di alcol, la differenza tra italiani e stranieri non è risultata statisticamente significativa (chi quadrato=3,12; p-value 0,077).

Per quanto riguarda cocaina e stimolanti, la proporzione di stranieri in carico che fanno uso di queste sostanze in modo problematico (24%) è significativamente più alta rispetto a quella degli italiani (17%) (chi quadrato=4,71; p-value=0,030). Per quanto riguarda l'uso problematico di cannabinoidi, esiste una differenza significativa tra italiani e stranieri. Infatti la proporzione di stranieri che usano cannabinoidi in modo problematico (10%) è significativamente più alta rispetto a quella degli italiani (6%) (chi quadrato=4,31; p-value 0,038).

Infine, per quanto riguarda le differenze rispetto alla farmacodipendenza e alle NPS, non si è evidenziata una differenza statisticamente significativa tra la proporzione di italiani con farmacodipendenza (1%) e gli stranieri (0%) (p-value 1) e nemmeno per le NPS (1%) (p-value=1), poiché le persone in carico per queste problematiche sono molto poche.

Interventi specifici per migranti al SerD di Bergamo

Tra gli interventi specifici per migranti in atto al

SerD di Bergamo, sicuramente il primo è il rilascio dell'STP, codice fondamentale per poter avere accesso alle cure essenziali, come la diagnosi e il trattamento delle dipendenze.

Per l'accesso al SerD, come anche per la popolazione generale, anche per i migranti non è necessaria né impegnativa, né pagamento di ticket, l'accesso è completamente libero e senza competenza territoriale.

Un altro elemento fondamentale è la disponibilità di mediatori culturali e linguistici, che, in caso di bisogno, possono essere interpellati per partecipare alle visite con il migrante.

L'approccio basato sul trauma è inoltre alla base di qualsiasi intervento erogato al SerD, infatti ogni persona che accede, inclusa la popolazione migrante, ha l'opportunità di effettuare un colloquio di accoglienza mirato ad identificare le problematiche e personalizzare poi l'intervento, in un ambiente sicuro e accogliente. I colloqui di accoglienza sono effettuati dagli assistenti sociali e dagli psicologi del servizio.

La continuità delle cure viene assicurata per i casi che arrivano al servizio, ad esempio se la persona che arriva in accoglienza necessita di un trattamento farmacologico come la terapia agonista per gli oppiacei, viene immediatamente visitata da un medico (che è disponibile su turnazione dalle 8 alle 19 dal lunedì al venerdì e dalle 8 alle 12 il sabato e la domenica e i festivi), che imposta la terapia necessaria e fornisce le cure mediche urgenti disponibili a livello territoriale o attiva il servizio di urgenza se necessario il dirottamento verso il pronto soccorso ospedaliero.

Gli interventi di riduzione del danno sono erogati direttamente al servizio, oltre che nelle aree di marginalità della città.

In particolare, oltre all'erogazione della terapia agonista degli oppiacei, viene proposto lo screening rapido per anticorpi e RNA di HCV e arruolamento nel trattamento per HCV, anche a chi è in possesso solo di STP.

Un altro aspetto fondamentale è poi l'integrazione dei servizi sanitari e sociali non solo dentro il servizio, ma anche attraverso le reti territoriali e ospedale-territorio, per una migliore personalizzazione e gestione delle problematiche del singolo utente. In questo contesto è importante l'integra-

zione con i progetti di riduzione del danno presenti nella città, implementati dal privato no profit e dal terzo settore. Dal 2025 infatti si è stretta una collaborazione regolare che prevede l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte del personale del SerD al drop-in di Bergamo.

Discussione

Dall'analisi dei dati emerge che la popolazione straniera in carico al SerD di Bergamo ha avuto un lieve incremento negli ultimi 10 anni del 4% (dal 12% del 2015 al 16% del 2025).

Per quanto riguarda le caratteristiche della popolazione in carico attualmente, questa è rappresentata in gran parte da uomini giovani (M:F 4:1); questo riflette in generale le caratteristiche dell'utenza del SerD, infatti, anche gli italiani sono rappresentati principalmente da uomini giovani (M:F 4:1) (Relazione annuale al parlamento, 2025).

Inoltre, il 60% sono poliutilizzatori (uso di almeno un'altra sostanza oltre alla sostanza primaria). Anche questo dato riflette la tendenza attuale della popolazione in carico al SerD, sia italiana che straniera, particolarmente tra i più giovani (Relazione annuale al parlamento, 2025).

Per quanto riguarda il tipo di sostanza principalmente utilizzata, le proporzioni di uso di alcol, oppiacei, stimolanti e cannabis nella popolazione straniera in carico sono significativamente diverse tra loro con una preponderanza di pazienti in carico per alcol-dipendenza e per dipendenza da oppiacei e stimolanti.

Anche per quanto riguarda gli italiani le sostanze maggiormente prevalenti sono oppiacei, alcol e stimolanti.

Dal confronto tra popolazione straniera e italiana emerge che gli italiani utilizzano eroina e altri oppiacei in proporzione significativamente maggiore rispetto agli stranieri (45% vs 29%). Mentre per quanto riguarda l'uso di stimolanti, inclusa la cocaina, emerge che la proporzione di stranieri che utilizzano questo tipo di sostanze in modo problematico è significativamente più elevata rispetto agli italiani (24% vs 17%). Questo vale anche per i cannabinoidi (10% vs 6%).

Per quanto riguarda invece le differenze legate alla provenienza geografica all'interno della popolazione straniera afferente al SerD di Bergamo, si

è osservato che quasi metà della popolazione Nord Africana è in carico per uso di stimolanti (49%), mentre il 100% della popolazione proveniente dal Centro America e l'86% della popolazione Sudamericana è in carico per alcol-dipendenza (Lisbon addiction 2024, Díaz LA et al, 2020, Monteiro MG, 2013). L'alcol è anche la problematica principale per la popolazione proveniente dai Paesi Europei (esclusa l'Italia) (54%), mentre la popolazione asiatica (prevalentemente indiana) è in gran parte in carico per dipendenza da oppiacei (83%) (Yakovlev, E. 2021, Bhargupati Singh et al., 2021, Bharti et al., 2023). Si può inferire che tali tendenze siano associate sia ad aspetti culturali che sociali. Al riguardo, gran parte della popolazione nordafricana in carico, oltre ad avere un problema di dipendenza dalla cocaina, rischia di incorrere in problemi legali legati a questa sostanza (Relazione annuale al Parlamento, 2025).

Inoltre, l'uso di alcolici è sicuramente una problematica molto nota sia per la popolazione del centro e del Sudamerica che per le popolazioni dell'Europa dell'Est (Díaz LA et al, 2020, Monteiro MG, 2013, Yakovlev, E. 2021).

Infine, l'uso di oppiacei (oppio) è molto comune nella cultura indiana, come confermato anche dai nostri dati (Bhargupati Singh et al., 2021, Bharti et al., 2023).

Per quanto riguarda i servizi per i migranti disponibili al SerD, ne annoveriamo alcuni rilevanti, quali la possibilità della mediazione linguistica/culturale, il rilascio di STP e di alcune azioni di riduzione del danno, ma sarebbe auspicabile potenziarne altri.

Ad esempio, il coinvolgimento dei peer che molto spesso avviene informalmente, dovrebbe essere in qualche modo ufficializzato e strutturato all'interno del servizio. Molti sono ormai i dati in letteratura scientifica riguardo all'efficacia di tali interventi (EUDA 2023, Lena van Selm et al., 2023).

Inoltre, sarebbe necessaria una formazione specifica per gli operatori riguardo all'approccio alle persone migranti, l'approccio basato sul trauma e sul genere.

Per quanto riguarda la continuità delle cure, gli ambulatori di prima accoglienza dei migranti dovrebbero essere i primi a identificare la presenza di una possibile dipendenza e un eventuale invio

a un servizio specifico. Esistono degli strumenti di facile applicazione in questi contesti come il NIDA Quick screen (<https://nida.nih.gov/sites/default/files/pdf/nmassist.pdf>).

Infine, sarebbe necessario migliorare il lavoro di rete tra i servizi che si occupano di migrazione e quelli che si occupano di dipendenze. Ad esempio, sul territorio bergamasco esiste un ambulatorio di volontari che assistono i migranti irregolari (OIKOS), ma non esistono rapporti diretti tra tale servizio e il SerD.

Esiste inoltre un'esenzione di cui i migranti possessori di STP possono beneficiare, che in Regione Lombardia è definita dal codice X01, ma non è di largo uso e conoscenza tra gli operatori sanitari che assistono tale popolazione.

Conclusioni

La popolazione migrante in carico al SerD di Bergamo è in aumento negli ultimi anni, visto anche il peggioramento delle condizioni sociali ed economiche di questa fascia di popolazione. La problematica della dipendenza è un aspetto importante in questa popolazione e assume delle caratteristiche diverse a seconda della provenienza geografica.

È sempre più crescente quindi il bisogno di avere operatori formati e servizi dedicati che siano in grado di comprendere le barriere culturali e trovare strategie per superarle, e allo stesso tempo che siano in grado di fornire un supporto che consideri le esperienze traumatiche dei soggetti migranti. Per questo sarebbe auspicabile un maggior coinvolgimento dei peer e un maggior lavoro di rete tra i servizi dedicati ai migranti.

Area tematica 21

RICERCA SCIENTIFICA IN CLINICA DELLE DIPENDENZE

21.1

EFFETTI REALI E PLACEBO DELLA STIMOLAZIONE MAGNETICA TRANSCRANICA RIPETITIVA (RTMS) SUL CRAVING IN SOGGETTI CON DIPENDENZA DA COCAINA E DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE CASO-CONTROLLO

Camporese A.*[1], Casula E.[2], Chieco F.[1], Papaioannou M.M.[1], Frizzarin F.[1], Rocchi L.[3]
[1]Dipartimento Dipendenze ULSS 6 Euganea ~ Padova ~ Italy, [2]Dipartimento di Medicina dei Sistemi, Università di Tor Vergata, Roma, Italia. ~ Roma ~ Italy, [3]Dipartimento Scienze Mediche e Sanità Pubblica/Università di Cagliari ~ Cagliari ~ Italy

La stimolazione magnetica transcranica ripetitiva applicata alla corteccia prefrontale sinistra si è dimostrata efficace nel ridurre il craving in un campione di pazienti con disturbo da uso di cocaina e disturbo da gioco d'azzardo patologico fino a 6 mesi dal trattamento.

Introduzione e obiettivi

Negli ultimi anni, la stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) ha guadagnato crescente attenzione come potenziale trattamento non farmacologico per i disturbi da dipendenza, grazie alla sua capacità di modulare in modo non invasivo l'eccitabilità corticale. Le evidenze neurobiologiche indicano che l'area dorso-laterale della corteccia prefrontale (DLPFC) è implicata nella disregolazione del controllo esecutivo, dell'impulsività e del craving, caratteristiche centrali in soggetti affetti da disturbo da uso di cocaina (CUD) e da gioco d'azzardo patologico (GD). Tuttavia, gli studi precedenti hanno principalmente valutato effetti a breve termine, con disegni sperimentali limitati nell'analisi dei dati longitudinali. Lo scopo del presente studio è stato

quello di valutare, mediante modelli statistici ottimizzati, gli effetti della rTMS ad alta frequenza somministrata sulla DLPFC sinistra, in un protocollo di 2 settimane, su craving e sintomi psicopatologici in soggetti con CUD e GD, sia nel breve che nel lungo periodo (fino a 6 mesi).

Metodo

Sono stati selezionati 42 partecipanti (40 uomini e 2 donne, età media 40.7 ± 9.5 anni (Tab. 1), già in carico al Servizio Dipendenze dell'ULSS 6 Euganea, e sono stati assegnati in modo pseudorandomizzato a un gruppo rTMS reale o sham (placebo). L'intervento consisteva in 10 sedute consecutive (5 per settimana, per due settimane), con stimolazione a 10 Hz sulla DLPFC sinistra. Le misurazioni sono state effettuate a 9 time-point per craving (intensità e frequenza, tramite Visual Analog Scales - VAS) e a 3 time-point per sintomi psicopatologici (SCL-90-R), utilizzando modelli misti generalizzati (GLMM) e contrasti polinomiali per analizzare le traiettorie dei dati longitudinali.

	Real-rTMS group	Sham-rTMS group	Group difference
Sex, male (f)	18 (1)	22 (1)	p=0.891
Age, years	40.95±9.87	40.43±9.39	p=0.862
RMT, %	55.63±10.16	56.87±7.27	p=0.651
Gambling disorder	7 (36.8%)	8 (34.8%)	p=0.891
Cocaine use disorder	12 (63.2%)	15 (65.2%)	p=0.891
Antidepressants	8 (42.1%)	8 (34.8%)	p=0.803
Mood stabilizers	3 (15.8%)	3 (13%)	p=0.766
Antipsychotics	4 (21.1%)	4 (17.4%)	p=0.891
Benzodiazepines	3 (15.8%)	4 (17.4%)	p=0.842
Aversive drugs	2 (10.5%)	1 (8.7%)	p=0.445
Gambling disorder	7 (36.8%)	8 (34.8%)	p=0.891
SCL-90 GSI	1.14±0.66	0.92±0.41	p=0.321
SCL-90 PSDI	1.94±0.67	1.73±0.42	p=0.372
SCL-90 PST	51.58±16.55	48.36±16.97	p=0.542
VAS intensity	6.73±2.63	5.91±3.31	p=0.591
Vas frequency	4.94±3.25	5.00±3.36	p=0.962

Tabella 1: Caratteristiche demografiche, farmacologiche e cliniche di base (media±SD) dei gruppi trattati con real-rTMS e sham-rTMS, con valori per verificare la differenza significativa tra i due gruppi.

Risultati

Entrambi i gruppi hanno mostrato una riduzione iniziale del craving, ma le analisi di trend hanno rivelato una divergenza significativa a partire dalla 12^a settimana: il gruppo rTMS reale ha mantenuto una diminuzione lineare costante del craving fino alla 24^a settimana ($p<0.001$), mentre il gruppo sham ha mostrato una riduzione iniziale seguita da un ritorno ai valori basali, secondo un trend quadratico ($p<0.001$). Le differenze tra i gruppi sono risultate significative soprattutto tra la 16^a e la 24^a settimana (Figure 1-2).

Nessun effetto significativo è stato osservato sui punteggi SCL-90-R (GSI, PSDI, PST) nel tempo. Tuttavia, nel gruppo sham sono emerse correlazioni moderate-forti tra il livello iniziale di sintomi psicopatologici e la magnitudine della risposta placebo nelle prime quattro settimane (ρ tra -0.4 e -0.8), suggerendo una maggiore suscettibilità al placebo in soggetti con distress psichico elevato (Figure 3-4).

Figura 1

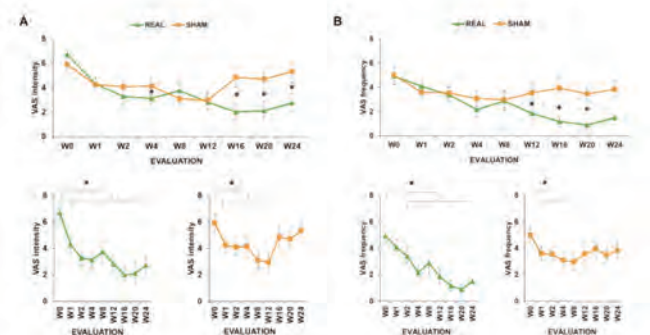


FIGURA 1: Punteggi della Scala Analogica Visiva (VAS) del gruppo real-rTMS e sham-rTMS. Punteggi VAS che misurano l'intensità del craving (A) e la frequenza (B) alla valutazione iniziale (S0), dopo 1 settimana di trattamento (S1), dopo 2 settimane di trattamento (S2) e ai successivi follow-up: dopo 4 (S4), 8 (S8), 12 (S12), 16 (S16), 20 (S20) e 24 settimane (S24) dalla fine del trattamento. La linea verde rappresenta l'andamento del gruppo sottoposto a real-rTMS; la linea arancione rappresenta l'andamento del gruppo sottoposto a sham-rTMS. Le barre di errore rappresentano l'errore standard della media. * indica $p < 0,05$.

Figura 2

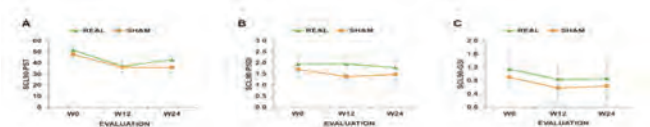


FIGURA 2: Punteggi della Symptom Checklist 90-R (SCL-90) del gruppo real-rTMS e sham-rTMS. Punteggi SCL-90 che misurano il Positive Symptom Total (SCL-90 PST; (A)); l'indice di Stress Sintomatico Positivo (SCL-90 PSI; (B)); e l'indice di Gravità Globale (SCL-90 GSI; (C)) alla valutazione iniziale (S0), dopo 12 (S12) e 24 settimane (S24) dalla fine del trattamento. La linea verde rappresenta l'andamento del gruppo sottoposto a real-rTMS; la linea arancione rappresenta l'andamento del gruppo sottoposto a sham-rTMS. Le barre di errore rappresentano l'errore standard della media.

Figura 3

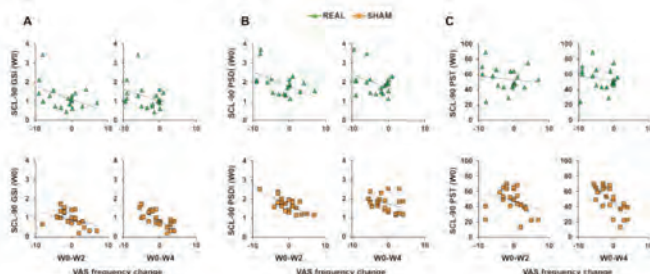


FIGURA 4: Correlazioni tra i punteggi iniziali della Symptom Checklist 90-R (SCL-90) e la variazione di frequenza della Scala Analogica Visiva (VAS). Diagrammi di dispersione delle correlazioni tra i punteggi della SCL-90 che misurano il Totale dei Sintomi Positivi [SCL-90 PST; (A)]; l'indice di Distress dei Sintomi Positivi [SCL-90 PSI; (B)]; l'indice di Gravità Globale [SCL-90 GSI; (C)] e la variazione della frequenza della VAS dalla valutazione iniziale alla fine del trattamento (S0-S2) e al follow-up dopo 4 settimane dal trattamento (S0-S4). I triangoli verdi rappresentano i casi trattati con real-rTMS; i quadrati arancioni rappresentano i casi trattati con sham-rTMS.

Figura 3

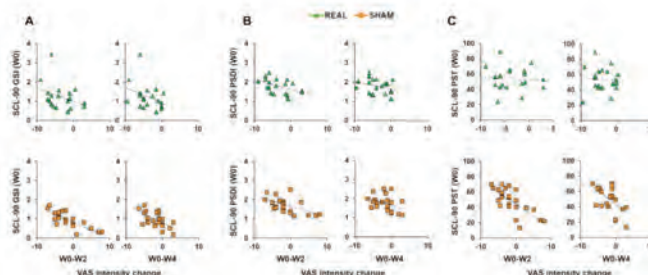


FIGURA 3: Correlazioni tra i punteggi iniziali della Symptom Checklist 90-R (SCL-90) e la variazione di intensità della Scala Analogica Visiva (VAS). Diagrammi di dispersione delle correlazioni tra i punteggi della SCL-90 che misurano il Totale dei Sintomi Positivi [SCL-90 PST; (A)]; l'indice di Stress dei Sintomi Positivi [SCL-90 PSI; (B)]; l'indice di Gravità Globale [SCL-90 GSI; (C)] e la variazione di intensità della VAS dalla valutazione iniziale alla fine del trattamento (S0-S2) e al follow-up dopo 4 settimane dal trattamento (S0-S4). I triangoli verdi rappresentano i casi trattati con real-rTMS; i quadrati arancioni rappresentano i casi trattati con sham-rTMS.

Conclusioni

Il protocollo rTMS ad alta frequenza sulla DLPFC sinistra ha dimostrato efficacia a lungo termine nel ridurre craving in soggetti con CUD e GD, superando l'effetto placebo visibile nel gruppo sham solo nelle fasi iniziali. Questi risultati supportano l'utilizzo della rTMS come trattamento complementare per la gestione delle dipendenze comportamentali e da sostanze. La significatività del trend lineare nel gruppo reale evidenzia il potenziale neurobiologico della rTMS nel ristabilire il controllo corticale del comportamento impulsivo e del craving. Inoltre, la presenza di effetto placebo correlato ai sintomi psicopatologici nel gruppo sham sottolinea l'importanza di considerare la componente psichica nel disegno di studi clinici su rTMS. Sono auspicabili ulteriori studi con follow-up più prolungati, inclusione di campioni più bilanciati per genere, e monitoraggio biochimico (ad es. test urinari), per validare l'efficacia generalizzata del trattamento e ottimizzarne i parametri.

21.2

VALUTAZIONE DI EFFICACIA DELLA STIMOLAZIONE MAGNETICA TRANSCRANICA RIPETITIVA (RTMS) ISOLATA O IN ABBINAMENTO CON LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE (TCC) PER LA CURA DEI PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO E DISTURBO DA USO DI COCAINA

Baruchello M.*[1], Romano A.[1], De Mattei M.[2], Zucca S.[1], Cantanna P.[2], Demichelis M.[1], Rivoiro C.[3], Marra M.[4], Mondo L.[4], Merola M.[5], Oliva F.[5]

[1]S.C. Dipendenze ASLTO5 Piemonte ~ Chieri ~ Italy, [2]S.C. Neurologia ASLTO5 Piemonte ~ Chieri ~ Italy, [3]IRES Piemonte ~ Torino ~ Italy, [4]OED Piemonte ~ Torino ~ Italy, [5]Università di Torino ~ Torino ~ Italy

Studio sperimentale della ASLTO 5 Piemonte per la valutazione di efficacia del trattamento con stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) isolata o associata alla terapia cognitivo comportamentale (TCC) per la cura dei pazienti affetti da disturbo da gioco d'azzardo (DGA) e da uso di cocaina (DUC). Valutazione di efficacia della Stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) isolata o in abbinamento con la Terapia cognitivo comportamentale (TCC) per la cura dei pazienti affetti da Disturbo da gioco d'azzardo e Disturbo da uso di cocaina.

1. Premessa

L'assistenza alle persone con dipendenza patologica da Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) e da Disturbo da uso di cocaina/crack (DUC) è garantita su tutto il territorio nazionale come espressione dei Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria (LEA), tuttavia è ancora assente un trattamento elettivo di provata efficacia per queste forme di addiction. L'alterazione dei network neuronali che hanno un ruolo chiave nel Disturbo da uso di sostanze è presente anche nelle dipendenze comportamentali come il DGA. Vari studi di neuroimaging funzionale hanno mostrato alterazioni nelle regioni corticali prefrontali (ipofunzionalità) che determinano una disfunzione dei sistemi di controllo con anomalie in ambito decisionale e delle funzioni esecutive. I circuiti di controllo cognitivi includono la corteccia prefrontale mediana, le aree orbitali e ventromediali e la corteccia cingolata anteriore. A causa

dell'inefficacia dei trattamenti farmacologici, si sono sperimentate tecniche di stimolazione cerebrale non invasiva come la rTMS (stimolazione magnetica transcranica ripetitiva). La rTMS è una tecnologia terapeutica approvata da circa un decennio dalla FDA per il trattamento della depressione farmacologicamente resistente ed ha il vantaggio di essere non invasiva e priva di importanti effetti collaterali. Il trattamento consiste nella applicazione di campi magnetici prodotti da una bobina posta sopra lo scalpo che, attraversando la teca cranica, inducono correnti elettriche a livello corticale e nelle aree funzionalmente connesse; questo può determinare, sulla base di processi di neuroplasticità, cambiamenti a medio e lungo termine che facilitano o inibiscono l'eccitabilità neuronale modificando di conseguenza l'attività corticale a seconda del sito e dei parametri utilizzati per la stimolazione. La rTMS determina inoltre una neuromodulazione tramite una modificazione del flusso sanguigno, della frequenza delle scariche neuronali e del rilascio di neurotrasmettitori come la dopamina. In aggiunta alla sua azione corticale, agisce anche sulle strutture più profonde (come i nuclei della base, coinvolti nel comportamento di addiction) tramite i circuiti cerebrali e contralateralmente tramite le connessioni interemisferiche. Una alta frequenza di stimolazione (superiore ai 5 Hz) ha effetti eccitatori persistenti sulla corteccia mentre stimolazioni a bassa frequenza (inferiori ad 1 Hz) hanno effetti inibitori. Nelle dipendenze è stata rilevata una ipoattivazione sia della corteccia prefrontale che delle strutture cerebrali profonde, correggibile tramite adeguata neurostimolazione. Recenti studi clinici sostengono il ruolo della rTMS nel ridurre il craving e l'assunzione di cocaina, così come nel ridurre le ricadute (Terraneo, 2016; Scarpino, 2019, Amerio, 2023). Gli studi focalizzati sull'uso della rTMS nell'ambito del DGA presentano anche in questo caso dati incoraggianti, associati alla riduzione del craving e del comportamento disfunzionale (Zucchella 2020, Gay 2022).

Tutti gli studi finora condotti sull'argomento sottolineano la necessità di ulteriori indagini per avvalorare l'efficacia della rTMS in questa tipologia di pazienti, anche per il carattere non uniforme dei protocolli usati e delle metodologie di validazione dei risultati. Inoltre, vista l'efficacia riportata in letteratura (Ray, 2020) della Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) nel trattamento delle dipendenze, l'associazione della rTMS con la TCC (che si avvantaggerebbe della finestra di neuroplasticità creata dalla neurostimolazione) ha un suo rationale.

La TCC si avvale dei contributi del condizionamento classico, del condizionamento operante e dell'ausilio delle tecniche di motivazione, sull'apprendimento di strategie di coping, sulla modifica delle situazioni che agiscono come rinforzo, sulla crescita delle capacità per la gestione delle emozioni più dolorose e per il potenziamento delle skills relazionali del paziente.

La necessità di valutare l'efficacia della rTMS inserita

all'interno di un percorso più ampio di presa in carico del paziente e in presenza di soluzioni terapeutiche complementari risulta inoltre doveroso ed etico anche in risposta al proliferare negli ultimi anni nel privato di servizi che offrono cicli isolati e non integrati in una presa in carico più ampia dell'utente per la cura delle dipendenze, tra cui cocaina e gioco d'azzardo, proponendo quindi soluzioni economicamente gravose ad una popolazione per definizione vulnerabile, anche dal punto di vista socioeconomico, e che spesso presenta importanti problematiche di indebitamento e di difficoltà economico-finanziarie.

2. Protocollo ricerca

Per i motivi esposti in premessa, il Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze e Psicologia (DSMDP) dell'ASL TO5, Regione Piemonte e la s.c. di Neurologia dell'ASLTO5, con il sostegno della Regione Piemonte (che ha approvato il Progetto Sovrazonale e fornito l'apparecchiatura per la rTMS), in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze dell'ASLTO3, con l'IRES Piemonte e l'Università di Torino (Department of Clinical and Biological Sciences, University of Turin, Città della Salute e della Scienza University Hospital, Clinical Psychology Unit), ha ritenuto utile proporre uno studio clinico sperimentale adattivo che coinvolgesse pazienti dell'ASLTO5 e di ASL piemontesi limitrofe, volto alla valutazione dell'impiego della rTMS come strategia terapeutica isolata o in associazione alla terapia cognitivo comportamentale nel trattamento di pazienti con disturbo da uso di cocaina e gioco d'azzardo patologico. Lo studio è stato presentato al Comitato Etico Territoriale (CET) AOU Città della Salute e della Scienza di Torino ed ha ricevuto parere favorevole nel Novembre 2024. Lo studio sperimentale è iniziato nel Maggio 2025.

2.1 Obiettivo dello studio

Lo studio ha come obiettivi:

1. la valutazione di efficacia della rTMS, in combinazione o meno con un ciclo di terapia cognitivo-comportamentale, nei pazienti affetti da disturbo da uso di cocaina e da gioco di azzardo, patologico rispetto al trattamento standard implementato nei SerD.
2. nel caso di un'efficacia riscontrata nell'utilizzo della neuromodulazione, in associazione o meno con la TCC, un obiettivo secondario riguarderà la costruzione di un percorso di presa in carico e trattamento dei disturbi da uso di cocaina e di gioco d'azzardo.

2.2 Disegno dello studio

Lo studio prevede l'implementazione di un trial clinico sperimentale controllato randomizzato - stratificato per pazienti affetti da disturbo di cocaina e da gioco di azzardo costituito, nell'ambito di ognuno dei due bracci (cocaina e GAP), da 3 gruppi così come segue:

Pazienti affetti da disturbo di cocaina:

- a. Gruppo di controllo TAU con trattamento psicologico standard
- b. Gruppo di trattamento 1 TAU con trattamento psicologico standard + rTMS
- c. Gruppo di trattamento 2 TAU + rTMS + trattamento psicologico cognitivo-comportamentale TCC

Pazienti affetti da disturbo da gioco d'azzardo:

- a. Gruppo di controllo TAU con trattamento psicologico standard
- b. Gruppo di trattamento 1 TAU con trattamento psicologico standard + rTMS
- c. Gruppo di trattamento 2 TAU + rTMS + trattamento psicologico cognitivo-comportamentale TCC

Per TAU (Treatment as usual) si intende il trattamento di base fornito ai pazienti cocainomani e con disturbo da gioco d'azzardo, senza rTMS e TCC.

2.3 Campione, arruolamento e durata dello studio

Il campione totale sarà costituito da 180 pazienti, di cui 90 con diagnosi di disturbo da uso di cocaina e 90 con diagnosi di gioco d'azzardo patologico (in caso di doppia diagnosi verrà utilizzata come discriminante la sostanza riconosciuta come primaria), reclutati tra gli utenti dei SERD dell'ASLTO5 e delle ASL limitrofe. La partecipazione allo studio sarà proposta sia ai nuovi utenti, durante la loro visita di accesso ai Servizi, sia a quelli già in carico. I SERD delle ASL limitrofe, appropriatamente informati, invieranno i possibili candidati al SERD dell'ASLTO5 che coordinerà e implementerà l'intero progetto.

Lo studio avrà la durata di 2 anni e ogni partecipante verrà seguito per un follow up di 9 mesi.

2.3.1 Criteri di inclusione e di esclusione

Criteri di inclusione

Possono partecipare al progetto gli utenti maggiorenni e di età inferiore ai 70 anni di entrambi i sessi con diagnosi di Disturbo da uso di cocaina/crack o Disturbo da gioco d'azzardo patologico in carico ai SerD dell'ASLTO5 e delle ASL piemontesi limitrofe.

Criteri di esclusione

Saranno esclusi dallo studio i soggetti che non possono accedere al trattamento rTMS per ragioni di sicurezza e quindi soggetti:

- in stato di gravidanza (valutato con test al reclutamento) o allattamento
- minori o con età superiore a 70 anni
- con diagnosi di schizofrenia o altra sindrome psicotica o disturbo bipolare;
- con gravi disturbi cognitivi o analfabetismo;
- con importanti disturbi cardiaci nei 12 mesi precedenti;
- con importanti disturbi neurologici nei 24 mesi precedenti (patologie post traumatiche cerebrali);

- pazienti con disfunzioni del sistema vegetativo;
- portatori di pace-maker, protesi cocleare, neurostimolatori, protesi oculari magnetiche o frammenti metallici oculari o materiali conduttori o sensibili ai campi magnetici
- con anamnesi patologica prossima o remota di epilessia o patologie neurologiche a carico del SNC potenzialmente epilettogene;
- con altre dipendenze nei 24 mesi precedenti (alcolismo e dipendenza da oppiacei);
- pazienti con anomalie epilettiformi ad un esame EEG, eseguito preliminarmente all'arruolamento

2.3.2 Assegnazione del trattamento

Ciascun paziente, che avrà superato i criteri di esclusione e di inclusione e che avrà firmato il consenso informato, verrà assegnato ad uno dei tre trattamenti previsti dallo studio attraverso una procedura di randomizzazione ristretta a blocchi, che permette di garantire la presenza di un numero omogeneo di pazienti nei tre bracci lungo l'intero periodo di arruolamento e, parallelamente, di razionalizzare i tempi e di iniziare tempestivamente il trattamento. Verranno utilizzate sequenze casuali di blocchi a 6 cifre generate random, con rapporto di allocazione uguale per ogni sottogruppo.

I partecipanti saranno 180 pazienti suddivisi in 2 bracci (cocaina e gioco d'azzardo) ogni braccio diviso in 3 gruppi come segue:

2.3.3 Mascheramento

Non è possibile mascherare il trattamento: da una parte la somministrazione di un finto ciclo di neuromodulazione rischierebbe, a causa dei costi e dei tempi necessari per ogni prestazione, di allungare i tempi e di rendere poco sostenibile il progetto; dall'altra non è possibile non rivelare la terapia cognitivo-comportamentale. Per questa ragione si è deciso di condurre uno studio aperto, in cui ai partecipanti viene svelato il proprio braccio di appartenenza. Al fine, tuttavia, di ridurre il dropout nel braccio di controllo è stata prevista la possibilità, in caso di evidenze importanti circa l'efficacia di uno dei due trattamenti rispetto al TAU dopo 6 mesi di follow up, di passare al braccio corrispondente, secondo l'approccio di un disegno adattivo (gli studi clinici adattivi prevedono un'opportunità pre-pianificata di modifica di uno o più aspetti specifici dello studio, in base ad un'analisi ad interim (confronto dei bracci di trattamento in relazione all'efficacia o alla sicurezza, in qualunque momento precedente alla conclusione formale di uno studio)

Al fine di ridurre i rischi di bias:

- la lista di randomizzazione rimarrà segreta: mentre l'identificazione del consenso, l'ottenimento del consenso e la decisione circa l'arruolamento sarà di responsabilità dei clinici, la decisione circa l'assegnazione verrà effettuata presso un centro esterno

(Università di Torino) che attribuirà il paziente al primo posto utile della lista;

- i ricercatori impegnati nella valutazione dei risultati non saranno a conoscenza del contenuto terapeutico corrispondente ad ogni braccio dello studio.

2.4 Test utilizzati

L'impatto della rTMS e della terapia cognitivo-comportamentale verranno valutati in termine di riduzione del craving e delle ricadute successive al trattamento grazie all'utilizzo di una serie di test somministrati periodicamente:

1. un test per la valutazione del craving nei cocainomani e nei giocatori (SCQ-NOW). Si tratta di un questionario autosomministrato di 45 item in cui i partecipanti che valutano il desiderio nelle ultime 24 ore. Utilizza una scala a 7 voci che va dall'essere in totale disaccordo all'essere in totale accordo con ognuna delle affermazioni scritte nelle domande.
2. una scala VAS (Visual analogue scale) per la valutazione del craving soggettivo.
3. GIGP - questionario clinico utilizzato dal Gruppo di interesse per il Gioco problematico del Canton Ticino, Svizzera, somministrato all'inizio, durante e a termine del trattamento, così come durante i follow up. Consta di 20 domande per valutare le caratteristiche e le modifiche nelle abitudini di gioco e per valutare le eventuali ricadute.
4. L'Hamilton Anxiety Rating Scale test (HARS), scala di valutazione a 14 items, ognuno dei quali definito da una serie di sintomi, riferibili tanto a uno stato di ansia psichica (agitazione mentale e stress psicologico) quanto di ansia somatica (disturbi fisici legati all'ansia) ed oggi è ampiamente usata sia in ambito clinico che di ricerca.
5. L'Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) scala di valutazione a 21 items, ognuno dei quali definito da una serie di sintomi, per la valutazione del disturbo depressivo
6. un test per la valutazione multidimensionale dell'impulsività (BIS-11) che fornisce punteggi relativi all'impulsività attentiva, motoria e da non pianificazione. La sua modalità di compilazione è autosomministrata e il paziente fornisce le risposte (secondo una scala likert a scelta multipla) a una serie di affermazioni relative ai propri comportamenti in cui si è venuto a trovare nel corso della propria vita.
7. il questionario SF12, questionario sullo stato di salute, composto da 12 item (ricavati dai 36 del questionario originale SF-36) che producono due misure relative a due diversi aspetti della salute: salute fisica e salute mentale verrà somministrato dal sanitario alla prima, quarta, ottava dodicesima (primo follow up) ventiquattresima (secondo follow up) e trentaseiesima (terzo follow up).
8. Il WCST (Wisconsin Card Sorting Test) è un test per esaminare le funzioni frontali del paziente; usato per valutare la flessibilità nella scelta delle strategie nel

problem solving e utilizzato per la valutazione dell'incapacità di astrazione oltre che della perseverazione. Inoltre, per i pazienti affetti da disturbo da uso di cocaina, sono previsti esami urine a cadenza bisettimanale per la ricerca dei metaboliti tossicologici della cocaina.

2.5 Ulteriori informazioni raccolte

Durante il primo colloquio conoscitivo verranno raccolte informazioni anagrafiche e socioeconomiche che verranno utilizzate sia per documentare il successo della randomizzazione sia come variabili di aggiustamento in fase di analisi dei risultati. In particolare, verranno rilevate le seguenti informazioni: sesso; età; condizione occupazionale e condizione abitativa, status familiare e livello di istruzione e informazioni relative alla storia della dipendenza dell'utente (quali la data di un'eventuale presa in carico, la durata del disturbo da uso di cocaina e/o da gioco d'azzardo, il grado di dipendenza in base a DSM-5, le eventuali comorbidità e lo stato di salute al momento dell'inizio dello studio attraverso la somministrazione del questionario SF-12)

2.6 Endpoints

Gli endpoint dello studio includono:

a. Riduzione del craving nel disturbo da uso di cocaina e nel gioco di azzardo

Questo endpoint verrà misurato attraverso i risultati nella somministrazione del test SCQ-NOW

b. Riduzione della depressione, dell'ansia e del comportamento impulsivo

Questo endpoint verrà misurato attraverso i risultati ai test HARS, HDRS e del BIS-11

c. Rinforzo dell'aspetto motivazionale e miglioramento dell'efficacia delle strategie comportamentali in particolare nella fase di astinenza e di craving / impulsività;

d. Raggiungimento dell'astinenza e cessazione del comportamento o riduzione del sintomo.

Per il disturbo da cocaina: esami tossicologici su matrice urinaria negativi alla cocaina da almeno 1 mese

Per il disturbo da gioco di azzardo: astinenza dal gioco da almeno 1 mese (colloquio clinico /scheda GIGP questionario clinico Area GAP e area ricadute)

2.6 Risultati attesi

- Raggiungimento e consolidamento dell'astinenza o riduzione del craving e dell'uso di cocaina e/o riduzione del craving o remissione dei sintomi del Disturbo da gioco d'azzardo nei pazienti arruolati nello studio e in trattamento con rTMS e rTMS + TCC;

- Ci si aspetta che il trattamento combinato di rTMS e TCC fornisca maggiori risultati rispetto a quelli ottenuti con una pratica di sola rTMS e quelli derivanti da un campione di pazienti sottoposti a trattamento tradizionale TAU.

- La riduzione o remissione dai disturbi considerati o riduzione del sintomo che si evidenzia al termine del

periodo di trattamento con rTMS e TCC e persiste anche ai follow-up a 3, 6 e 9 mesi dal termine del trattamento.

- Si valuterà inoltre inoltre se, nell'ambito dei due gruppi considerati, ci saranno delle ricadute.

2.7 Caratteristiche e cronologia dell'intervento TAU (Treatment as Usual)

Per i pazienti affetti da disturbo da uso di cocaina (DUC) verrà effettuato un primo colloquio di apertura fascicolo sanitario, una visita medica con colloquio anamnestico, esami tossicologici su urine a cadenza bi-settimanale, quale rilievo oggettivo della dipendenza, due colloqui psicologici di inquadramento diagnostico con ausilio di materiale testistico e un colloquio con i familiari, quando presenti. Seguiranno colloqui psicologici a cadenza settimanale volti a rinforzare la motivazione al raggiungimento dell'astinenza e alla prevenzione delle ricadute, visite mediche con valutazione del craving e controllo dei metaboliti tossicologici su matrice urinaria a cadenza bisettimanale. I pazienti verranno seguiti con follow-up a 3, 6 e 9 mesi con visite mediche, colloqui psicologici e rivalutazione testistica.

Per i pazienti affetti da disturbo da gioco d'azzardo (DGA) verrà effettuato un primo colloquio di apertura fascicolo sanitario, una visita medica con colloquio anamnestico, due colloqui psicologici di inquadramento diagnostico con ausilio di materiale testistico e un colloquio con i familiari, quando presenti. Seguiranno colloqui psicologici a cadenza settimanale volti a rinforzare la motivazione al raggiungimento dell'astinenza e alla prevenzione delle ricadute e visite mediche. È altresì previsto eventuale inserimento in trattamento di gruppo del paziente e/o dei familiari. I pazienti verranno seguiti durante il corso del follow-up a 3, 6 e 9 mesi con visite mediche, colloqui psicologici e rivalutazione testistica.

2.8 Trattamento con rTMS

Dopo aver eseguito l'EEG, che esclude la presenza di attività epilettiforme, verranno effettuate 5 sedute settimanali di rTMS per 2 settimane, presso i locali della Neurologia del Presidio Ospedaliero di Chieri. Il trattamento è somministrato dal Tecnico di Neurofisiopatologia opportunamente formato. Durante la prima seduta verrà valutata la soglia motoria, evocata con intensità tale da rilevare un potenziale motorio dal muscolo I° interosseo dorsale controlaterale alla stimolazione; contestualmente, verrà localizzata, tramite neuronavigatore, l'area corticale corretta da stimolare e si procederà con la stimolazione, come da protocollo.

Effetti collaterali rTMS: crisi epilettiche (rarissime, in soggetti normali frequenza di molto inferiore all'1%, viene comunque effettuato durante l'arruolamento un esame EEG), induzione di fase maniacale in soggetti con disturbo bipolare (possibile), sincope (possibile),

cefalea transitoria (frequente), disturbi dell'udito transitori (possibile)

Gli effetti collaterali riconducibili alla rTMS o potenzialmente associati ad essa saranno registrati e suddivisi in lievi/moderati e severi/moderati al momento delle analisi, in base alla necessità o meno di sospendere il trattamento rTMS in seguito ad essi. La tollerabilità della rTMS sarà valutata con una scala Likert nella quale 0: trattamento perfettamente tollerabile e 10: trattamento intollerabile fin dalla prima sessione

2.9 Terapia cognitivo-comportamentale

Una volta incluso nello studio, il paziente inizia nelle prime due settimane un percorso di assessment psicologico costituito da due colloqui:

1. Spiegazione del trattamento cognitivo comportamentale e consegna opuscolo informativo con seduta di introduzione al trattamento cognitivo comportamentale;

2. Somministrazione test

Durante la terza e quarta settimana, in concomitanza al trattamento rTMS e per due settimane, si effettueranno tre sedute settimanali di terapia cognitivo comportamentale, per un totale di sei sedute. Dalla quinta all'ottava settimana si effettuerà una seduta a settimana di terapia cognitivo comportamentale, per un totale di quattro sedute. Tra la nona e l'undicesima settimana, si effettuerà una seduta con un familiare o una persona significativa per il paziente.

Dopo tre mesi dall'inizio del trattamento, ossia alla dodicesima settimana (primo follow up) si farà un colloquio psicologico, volto a rivalutare con il paziente gli obiettivi e di sostegno alla motivazione e una valutazione del sintomo (cessazione, diminuzione) e degli altri parametri in studio con testistica.

Dopo sei mesi dall'inizio del trattamento, ossia alla ventiquattresima settimana (secondo follow up) si effettuerà l'ultima seduta di terapia cognitivo comportamentale di mantenimento e consolidamento della motivazione e una valutazione del sintomo (cessazione, diminuzione) e degli altri parametri in studio con testistica.

Dopo nove mesi dall'inizio del trattamento, ossia alla trentaseiesima settimana (terzo follow up) si farà un colloquio psicologico (anche telefonico) e una valutazione del sintomo (cessazione, diminuzione) e degli altri parametri in studio con testistica.

Il totale dei colloqui psicologici di assessment sarà 2. Il totale dei colloqui di rivalutazione degli obiettivi e follow up sarà di 3.

Il totale delle sedute di terapia cognitivo comportamentale sarà 12 (comprese 1 seduta con i familiari e 1 seduta di mantenimento e consolidamento della motivazione).

Le sedute di terapia cognitivo comportamentale e i colloqui psicologici di assessment e follow up, nel trattamento combinato rTMS e TCC saranno effettuati da psicologi del Dipartimento di salute mentale e dipendenze, con specializzazione post laurea in

Psicoterapia cognitivo comportamentale.

3 Conclusioni

Lo studio è stato avviato formalmente il 12 maggio 2025, con le prime visite.

Al 31 agosto 2025 sono stati arruolati complessivamente 14 pazienti, tutti di sesso maschile.

Di questi, 5 sono cocainomani e 9 sono giocatori.

Tutti i soggetti sono stati sottoposti a EEG di controllo, i cui referti sono risultati tutti nella norma.

Per quanto riguarda la suddivisione in gruppi, i pazienti sono stati assegnati, in modo randomizzato, come segue:

- Gruppo A (TAU=Treatment as usual): 4 pazienti (di cui 1 cocainomane e 3 giocatori)
- Gruppo B (rTMS + TAU): 4 pazienti (di cui 1 cocainomane e 4 giocatori)
- Gruppo C (rTMS + trattamento cognitivo comportamentale): 4 pazienti (di cui 2 cocainomani e 2 giocatori)

A studio appena iniziato non possiamo trarre delle conclusioni, ma si iniziano a rilevare alcuni effetti terapeutici su numeri limitati di pazienti sottoposti al trattamento combinato con rTMS associato a TCC.

Bibliografia

- Terraneo A, Leggio L, Saladini M, Ermani M, Bonci A, Gallimberti L., "Transcranial magnetic stimulation of dorsolateral prefrontal cortex reduces cocaine use: A pilot study", *Eur Neuropsychopharmacol.* 2016 Jan;26(1):37-44
- Scarpino M, Lanzo G, Salimova M, Lolli F, Del Vecchio A, Cossu C, Bastianelli M, Occupati B, Lanzi C, Pallanti S, Amantini A, Mannaioni G, Grippo A., "Efficacy of high-frequency (15Hz) repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) of the left premotor cortex/dorsolateral prefrontal cortex in decreasing cocaine intake (the MagneTox study): A study protocol for a randomized placebo-controlled pilot trial", *Neurophysiol Clin.* 2019 Feb;49(1):1-9
- Amerio A, Baccino C, Breda GS, Cortesi D, Spiezio V, Magnani L, De Berardis D, Conio B, Costanza A, De Paola G, Rocca G, Arduino G, Aguglia A, Amore M, Serafini G., "Effects of transcranial magnetic stimulation on cocaine addiction: A systematic review of randomized controlled trials", *Psychiatry Res.* 2023 Nov;329:115491
- Zucchella C, Mantovani E, Federico A, Lugoboni F, Tamburin S., "Non-invasive Brain Stimulation for Gambling Disorder: A Systematic Review", *Front Neurosci.* 2020 Aug 18;14:729
- Gay A, Cabe J, De Chazeron I, Lambert C, Defour M, Bhoowabul V, Charpeaud T, Tremey A, Llorca PM, Pereira B, Brousse G., "Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) as a Promising Treatment for Craving in Stimulant Drugs and Behavioral

Addiction: A Meta-Analysis", J Clin Med. 2022 Jan 26;11(3):624

- Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, Walthers J, Carroll KM, Magill M., "Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis", JAMA Netw Open. 2020 Jun 1;3(6):e208279. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.8279. PMID: 32558914; PMCID: PMC7305524.

21.3

ADOZIONI E DIPENDENZE: VULNERABILITÀ, FATTORI PROTETTIVI E PERCORSI INTEGRATI DI CURA

Mansi G.*[1], Vurchio N.[2], Zotti A.[1]
[1]DDP SerD/GAP ASL BT ~ Andria ~ Italy, [2]Università
degli Studi di Macerata ~ Andria ~ Italy

L'esperienza di un Tirocinio Universitario presso il DDP
ASL BT

Abstract

Le persone adottate, in particolare durante l'adolescenza e la giovane età adulta, possono presentare una maggiore vulnerabilità allo sviluppo di comportamenti di dipendenza, sia da sostanze che comportamentali. Le esperienze precoci di trauma, la discontinuità affettiva, le difficoltà identitarie e i disturbi dell'attaccamento rappresentano fattori di rischio che si intrecciano con il contesto familiare e sociale.

Obiettivo di questo articolo è esplorare la relazione tra adozione e dipendenze, evidenziando i meccanismi psicologici e sociali che possono aumentare la fragilità, ma anche i fattori protettivi che derivano da un supporto precoce, da una presa in carico multidisciplinare e da percorsi integrati di cura.

Il presente contributo costituisce uno stralcio dell'esperienza di tirocinio universitario magistrale in Scienze Pedagogiche svolta presso il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche della ASL BT. La riflessione intende contribuire al dibattito sull'importanza di personalizzare i trattamenti nelle dipendenze, riconoscendo le specificità di popolazioni a rischio come le persone adottate, e proporre nuove prospettive per una presa in carico mirata finalizzata a supportare in modo efficace i percorsi di cura e di accompagnamento educativo.

Parole chiave: adozione, dipendenze patologiche, SerD, attaccamento, M.O.I., prevenzione, recovery, ricerca.

Introduzione

L'adozione è un atto di grande valore etico e sociale, che può garantire a minori provenienti da contesti difficili un ambiente familiare sicuro e affettivamente stabile.

Tuttavia, una lettura approfondita e complessa del percorso di costruzione dei nuovi legami nelle famiglie adottive rivela criticità emotive, sociali e giuridiche. Brodzinsky, docente di psicologia presso la Rutgers University, descrive l'adozione come un'esperienza

stressante per il bambino e per i genitori e che, come tale, richiede che si trovino strategie adeguate di fronteggiamento e di coping.

Alla luce di tale premessa, si propone di seguito una breve rassegna dei principali filoni di ricerca psicologica in ambito adottivo.

Il primo filone di ricerca, sviluppato negli anni Cinquanta da Palacios e Brodzinsky, ha contribuito in modo significativo alla conoscenza del fenomeno. Questi studi evidenziano la necessità di contestualizzare in modo ecologico il bambino che è stato adottato tenendo in considerazione tante variabili, tra cui il paese di provenienza ma anche quello di adozione.

Successivamente, gli studiosi hanno fatto ricorso alla tecnica della metanalisi: essa ha evidenziato ritardi, a volte di modesta entità, per quanto riguarda la crescita fisica, l'attaccamento, la riuscita scolastica, lo sviluppo linguistico e l'adattamento. I bambini in adozione internazionale rispetto a quelli in adozione nazionale presenterebbero un migliore sviluppo e minori problemi comportamentali. I bambini adottivi recuperano in tutti gli aspetti dello sviluppo rispetto ai coetanei che rimangono in istituto o in famiglie indigenti. La metanalisi supporta anche l'idea che l'adozione rappresenti un intervento efficace nella vita dei bambini anche perché comporta un cambiamento di ambiente e questo spostamento in uno spazio di vita più ricco ed emotivamente più sicuro può essere predittivo di uno sviluppo cognitivo più armonico (Van IJzendoorn M. H., & Juffer, F., 2006).

Il secondo filone di ricerca ha concentrato la propria attenzione sui bambini istituzionalizzati in Romania (Rutter, English Romanian Adoptees, ERA). Il campione era composto da 150 bambini rumeni adottati da famiglie inglesi. All'arrivo in Inghilterra i bambini presentavano un ritardo severo sia della crescita fisica sia dello sviluppo psicologico. A 6 anni il peso e l'altezza risultavano essersi normalizzati ma la circonferenza cranica, indicatore di crescita cerebrale, risultava invece ancora al di sotto della media. In ogni caso, nonostante alcuni progressi, permanevano, anche a 11 anni, disturbi di comunicazione, apprendimento, attenzione/ipervattività, attaccamento indifferenziato tra adulti familiari e non.

Il terzo filone di ricerca è quello più recente e pone la sua attenzione sugli aspetti individuali, sistematizzando tre aree d'interesse: processi interpersonali nel funzionamento delle famiglie adottive, problemi legati all'attaccamento, ruolo dei fattori genetici nell'adattamento dei bambini. Palacios e Brodzinsky hanno studiato l'area della comunicazione, cioè come, quando e quanto i genitori affrontano i temi dell'adozione con il proprio figlio. Brodzinsky ritiene che fino ai 7/8 anni il bambino considera piacevoli i racconti circa le sue origini; a partire da tale età le relazioni, al contrario, si fanno complesse e ambivalenti. Per quanto riguarda l'attaccamento, più studiosi hanno evidenziato un trend di attaccamento sicuro nel post adozione anche

in quei bambini che avevano subito maltrattamenti in precedenza.

Discussione

Comprendere i bisogni dei bambini adottivi significa accoglierli autenticamente insieme alla loro storia (Ghetti & Riva, 2013). Un bisogno spesso insoddisfatto nei minori con esperienze di abbandono è la possibilità di vivere relazioni di accudimento stabili (Ainsworth, 1978). Ciò genera il desiderio di costruire nuovi legami di attaccamento, ma anche ambivalenza o rifiuto verso l'altro (Main & Solomon, 1990).

Il mondo emotivo dei bambini abbandonati richiede adulti capaci di offrire prevedibilità e continuità. È fondamentale che siano inseriti in comunità stabili, con genitori in grado di garantire fiducia e appartenenza sociale e culturale (Bowlby, 1988). Occorre anche valorizzare la loro doppia appartenenza, al paese d'origine e a quello d'accoglienza, senza sminuire il contesto culturale di provenienza (Miller, 1994).

Studi clinici mostrano che i bambini adottati presentano più frequentemente sintomi internalizzanti (somatizzazione, ansia, depressione) nei primi anni, e successivamente disturbi esternalizzanti (aggressività, oppositività, bugie, fughe, uso di sostanze) insieme a difficoltà di apprendimento e deficit attentivi (Bramanti & Rosnati, 1998). Barcons-Castel (2011) rileva inoltre maggiore incidenza di somatizzazione, aggressività e depressione rispetto ai coetanei.

Il riconoscimento delle emozioni è cruciale per l'adattamento sociale: difficoltà in quest'area sono legate a rifiuto, vittimismo e sintomi clinici. Alcuni studi associano l'adozione a un rischio maggiore di disturbi di personalità (Westermeyer et al., 2015). Infine, i deficit neuropsicologici possono derivare sia da condizioni biologiche sfavorevoli (uso di sostanze in gravidanza, malnutrizione, mancanza di cure) sia da traumi precoci (Bramanti & Rosnati, 1998).

Per comprendere i meccanismi e le dinamiche che sono alla base dello sviluppo psicoaffettivo del bambino adottivo è necessario far riferimento alla teoria dell'attaccamento di Bowlby e ai Modelli Operativi Interni (M.O.I.) (1969) ovvero le rappresentazioni mentali inconscie di sé stesso, della figura di attaccamento e della relazione tra sé e l'altro. Questi ultimi si formano alla fine del primo anno di vita e restano abbastanza stabili nel tempo; sono utilizzati per interpretare noi stessi, il mondo, l'altro e per interagire con l'esterno.

I bambini adottati spesso fanno esperienza preadottiva di relazioni di attaccamento che non forniscono loro un senso di sicurezza. A questi viene richiesto di sviluppare in poco tempo nuovi apprendimenti cognitivi, relazionali, di adattarsi a nuovi contesti di vita sconosciuti, spesso senza aver sviluppato le capacità necessarie. A causa delle esperienze negative preadottive, il bambino adottato può sviluppare un'idea di sé come individuo sbagliato, incapace e non degno di amore, un'immagine di sé distorta che lo rende particolarmente

te permaloso e sensibile alle critiche.

Il bambino adottato spesso si rappresenta il mondo come un luogo pericoloso e quindi può utilizzare diverse strategie per far fronte alla sensazione di essere una persona fragile che si muove in un mondo minaccioso. Potrebbe ad esempio cercare di tenere tutto sotto controllo utilizzando una strategia di iper-monitoraggio. Questo aspetto può essere la causa delle difficoltà di attenzione/concentrazione e dei comportamenti oppositivi (Miller R., 2011).

Opporsi ai genitori adottivi dà la sensazione al bambino di avere il controllo della situazione. Strategie più prudentiali sono la compiacenza e il ritiro depressivo: alcuni bambini per evitare un altro rifiuto, nel nuovo nucleo familiare aderiscono perfettamente alle aspettative dei genitori nascondendo però totalmente le proprie necessità. Il ritiro depressivo e l'autoesclusione allo stesso modo danno la sensazione di essere al sicuro da eventuali fallimenti (Chistolini L., 2010). In alternativa, potrebbero reagire con comportamenti di attacco/fuga. "Non esistono i problemi dell'adozione. Ma esistono i bisogni degli adottati e questi [...] sono il riflesso della loro storia personale" (Farri Monaco M., & Castellani P., 1994).

Vita familiare e ambiente sociale

La vita familiare e l'ambiente sociale dei minori adottati sono influenzati da una serie di fattori che coinvolgono emozioni, identità, esperienze passate, dinamiche familiari e integrazione sociale.

Per favorire un sano sviluppo, è essenziale che i genitori adottivi e i membri della comunità si impegnino attivamente per creare un ambiente positivo e supportivo che consideri le specifiche esigenze e esperienze dei minori adottati. La consapevolezza e l'educazione su questi temi possono contribuire a migliorare il benessere e l'integrazione di questi bambini nella società. Le famiglie adottive hanno l'importante compito di sviluppare dinamiche che favoriscano l'apertura, la comunicazione e l'accettazione delle differenze tra i membri. È fondamentale che ogni familiare si senta accolto e compreso, in modo da creare un ambiente sicuro e stimolante (Ghetti P. e Riva F., 2013).

Le differenze culturali rappresentano un aspetto cruciale e spesso complesso nel contesto dell'adozione internazionale. Adottare un bambino proveniente da una cultura diversa implica non solo l'accoglienza di una nuova vita, ma anche la responsabilità di navigare attraverso le diversità culturali in modo sensibile e rispettoso. Questo processo può presentare diverse sfide, ma anche opportunità per arricchire la vita familiare (Bergman JR, Sussman MB, 2009).

I minori adottati si trovano spesso a dover affrontare una serie di stereotipi e pregiudizi nei contesti scolastici e sociali (Choi S.M., 2012). Alcuni compagni di classe potrebbero avere una visione distorta dell'adozione, vedendo i bambini adottati come "diversi" o

"non appartenenza" alle famiglie tradizionali (McRoy RG, Uva LA, 2009). Per affrontare e ridurre gli stereotipi e i pregiudizi, è fondamentale un'educazione mirata, non solo per i minori adottati ma anche per gli adulti, gli insegnanti e l'intera comunità. Educare l'ambiente circostante non solo contribuisce a ridurre stigmi e fraintendimenti, ma promuove anche una società più consapevole e inclusiva.

Adozione e dipendenze patologiche

La relazione tra adozione e dipendenze è complessa, coinvolge fattori psicologici, sociali ed economici (Baker, 2013). L'esperienza adottiva interagisce con vulnerabilità e rischi. I minori portano traumi da separazione e incertezza, che generano abbandono, bassa autostima e difficoltà relazionali (Leonel, 2004). Tali vissuti influenzano la gestione emotiva (Pesaresi, 2021) e possono favorire l'uso di sostanze come anestesia del dolore (Lancini, 2020). Il rischio aumenta per disturbi comportamentali ed emotivi, aggravati da difficoltà di adattamento o pressione sociale. Il senso di diversità può spingere verso gruppi che favoriscono alcol e droghe (Novellino, 2015). Famiglie stabili e comunicative fungono da protezione, mentre trascuratezza o stress economico incrementano la vulnerabilità (Keck & Kupecky, 2009). La genetica influisce sul sistema di ricompensa e sulla risposta allo stress, aumentando il rischio se in famiglia vi è storia di dipendenze (McRoy & Grape, 2009). Mancanza di attaccamento precoce e predisposizioni ereditarie rafforzano fragilità emotive (Hughes, 2004). L'adozione può offrire stabilità, ma non annulla i rischi genetici (Liotti, 2001). Servono consapevolezza e interventi mirati. L'uso di sostanze compromette sviluppo fisico e cognitivo, favorisce ansia e depressione (Rutter & O'Connor, 2004), isola socialmente e accresce comportamenti devianti con conseguenze legali (Vianello, 2014). Studi mostrano percentuali di dipendenze maggiori tra adottati (Smith, 2018; Johnson, 2020). L'incidenza di disturbi dell'umore è elevata (Miller, 2019) e costituisce predittore di abuso. Relazioni familiari sensibili riducono i rischi (Palacios & Brodzinsky, 2010), mentre impulsività e difficoltà affettive li aumentano (Kendler, 2008). Non tutti i bambini con traumi sviluppano dipendenze: fattori protettivi, come sostegno familiare e interventi precoci, riducono la probabilità (Keyes, 2008). L'adozione non è cura automatica, ma opportunità che richiede supporto continuativo e relazionale per prevenire comportamenti disfunzionali.

Ruolo dei servizi per le dipendenze

"Il grado di civiltà e di sviluppo di una società si misura sulla sua capacità di promuovere e difendere i diritti di coloro che sono più fragili, indifesi, incapaci di tutelarsi autonomamente", afferma l'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza. In questa prospettiva, i Servizi per le Dipendenze (SERD) assumono un ruolo cruciale all'interno del sistema di salute pubblica, poi-

ché si prendono cura proprio di persone che, a causa della dipendenza da sostanze stupefacenti o dall'alcol, vivono una condizione di particolare vulnerabilità. La loro missione – prevenire, curare e accompagnare in percorsi di riabilitazione – rappresenta una concreta traduzione di quel principio di civiltà: garantire sostegno, dignità e possibilità di rinascita a chi non riesce, da solo, a tutelare la propria salute e il proprio benessere.

I SERD sono nati in Italia negli anni '80, in risposta all'emergenza legata all'uso di droghe, in particolare eroina. Con il passare del tempo, il loro ruolo si è evoluto, ampliando la gamma di sostanze trattate e integrando approcci multidisciplinari per affrontare le dipendenze in modo più completo (Cavallini M., 2001). Svolgono un'attività di sensibilizzazione e informazione, mirate a prevenire l'insorgere di comportamenti a rischio, soprattutto tra i giovani. Attraverso campagne di educazione e programmi nelle scuole, hanno l'obiettivo di diffondere una cultura della salute che disincentivi l'uso di sostanze.

Gli operatori dei SERD effettuano valutazioni medico cliniche per comprendere la gravità della dipendenza e le necessità specifiche del paziente. Questo processo è fondamentale per elaborare piani di trattamento personalizzati.

Vengono offerte diverse modalità di trattamento, che possono includere (Gianola F., Ferrante P., 2019):

- terapia psicologica individuale e familiare;
- supporto sociale;
- progetti educativi;
- visite mediche per la valutazione delle patologie correlate alle dipendenze;
- terapia farmacologica.

I SERD non trattano solo la dipendenza ma puntano su riabilitazione e recupero. Affrontano sfide come stigma, scarsità di risorse e necessità di aggiornare le competenze. Il panorama delle dipendenze evolve con nuove sostanze e modalità, richiedendo risposte flessibili e tempestive. I SERD sono cruciali nella lotta alle dipendenze: offrono un approccio umano e integrato; la loro capacità di adattarsi sarà decisiva per il benessere futuro delle persone.

Interventi riabilitativi sui minori adottati con dipendenze

L'osservazione clinica presso il SerD di Andria ha permesso alla scrivente di osservare le difficoltà di alcuni minori adottati con disturbo da uso di sostanze, segnati da esperienze traumatiche precoci, problemi di regolazione emotiva e fatica nell'integrazione sociale. Gli interventi riabilitativi si sono orientati a un approccio multidisciplinare che ha previsto: presa in carico da parte dei Servizi Sociali, valutazione psicodiagnostica, colloqui motivazionali, sostegno psicologico individuale e familiare, counseling genitoriale, inserimento in comunità educative, supporto psico-pedagogico e, ove necessario, trattamento farmacologico.

Un elemento centrale è stato l'inserimento nei gruppi di auto mutuo aiuto e nel progetto Rhythm 2 Recovery (R2R) ideato da Simon Faulkner, basato sull'uso della musica ritmica come strumento terapeutico ed educativo. Queste attività hanno favorito il rafforzamento delle competenze relazionali, la gestione delle emozioni e la riduzione dell'isolamento.

Gli obiettivi principali degli interventi sono stati: elaborare i traumi pregressi, sviluppare strategie di coping più funzionali, favorire la reintegrazione scolastica e sociale, promuovere la resilienza emotiva e costruire progetti educativi personalizzati. La riabilitazione, quindi, non si è limitata al trattamento della dipendenza, ma ha assunto una funzione più ampia di ricostruzione delle relazioni, potenziamento delle risorse personali e sostegno alla famiglia adottiva.

Conclusioni

L'esperienza adottiva e le dipendenze patologiche possono intrecciarsi in modalità complesse e pervasive, incidendo in profondità sullo sviluppo psicologico e sociale dei minori. Pur rappresentando per molti bambini un'opportunità di riscatto, l'adozione non è sempre sufficiente a sanare difficoltà riconducibili a traumi precoci, disfunzioni familiari e carenze affettive.

Le dipendenze, sia da sostanze sia comportamentali, nei minori adottati emergono frequentemente come esito di un disagio profondo, radicato non solo in vulnerabilità biologiche e genetiche, ma anche in dinamiche ambientali e relazionali. L'osservazione condotta presso il SerD ha evidenziato come i minori con pregresse esperienze sfavorevoli mostrino una maggiore esposizione al rischio di sviluppo di condotte additive, anche in ragione delle difficoltà nell'instaurare legami di attaccamento sicuri e stabili. Sebbene un contesto familiare adottivo supportivo eserciti una funzione protettiva, le tracce lasciate dai traumi antecedenti possono complicare i processi di integrazione affettiva e sociale. La carenza di interventi mirati e specifici contribuisce ad acuire tale complessità: ne consegue la necessità, per istituzioni e servizi sociali di adottare approcci terapeutici integrati che coinvolgano non soltanto il bambino, ma anche la famiglia adottiva e il contesto scolastico, con l'obiettivo di costruire un ambiente che garantisca un sostegno continuativo e globale. In tale prospettiva, il ruolo dei SerD risulta determinante nel garantire un accompagnamento terapeutico realmente calibrato sulle necessità individuali, tenendo conto delle caratteristiche personali, del contesto familiare, della gravità della dipendenza e delle risorse psicologiche disponibili. La realizzazione di un approccio effettivamente globale e multidisciplinare richiede una collaborazione strutturata tra Dipartimento per le Dipendenze Patologiche e le altre realtà sociali e sanitarie, scuole, istituzioni educative, servizi di reinserimento lavorativo. Parimenti centrale è l'impegno nella costruzione di ambienti inclusivi e non stigmatizzanti, capaci di accogliere senza discri-

minazioni e di offrire spazi psicologicamente sicuri.

Riferimenti bibliografici

- Ainsworth, M. D. S. (1978). La teoria dell'attaccamento di Bowlby-Ainsworth. In R. S. R. Bank (a cura di), *La psicodinamica dello sviluppo infantile*.
- Baker, A. J. L. (2013). *Adoption, identity, and well-being: Understanding the interactions between adoption and vulnerability to substance abuse*. New York: Routledge.
- Barcons-Castel, M., Ferrando, M., & Forns, M. (2011). *Rivista di Psicologia dello Sviluppo*, 28.
- Belsky, J., et al. (2015). The impact of early life stress on the development of psychopathology: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 35, 21-30.
- Bergman, J. R., & Sussman, M. B. (a cura di) (2009). *Manuale di adozione internazionale*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Biondi, M., Muscettola, G., & Placidi, G. (2015). *Manuale di psichiatria*. Milano: McGraw-Hill.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bramanti, D., & Rosnati, R. (1998). Disturbi externalizzanti nei bambini adottivi: Comportamenti aggressivi, iperattività e difficoltà di apprendimento. *Rivista di Psicologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 10(3), 132-145.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brodzinsky, D. M., & Hoyer, W. J. (2006). The impact of adoption on children's identity development. In J. L. McKenzie (Ed.), *Adoption and identity: Theoretical perspectives* (pp. 123-138). Chicago: University of Chicago Press.
- Cavallini, M. (2001). *Dipendenze e servizi pubblici*. Milano: Franco Angeli.
- Chistolini, L. (2010). Il ritiro sociale e le dinamiche della depressione nei bambini e negli adolescenti. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 14(2), 131-146.
- Faulkner, S. (Ed.). (2021). *Leading drumcircles with specific population groups: An introduction to drumcircles for therapeutic and educational outcomes*. London: JKP In Press.
- Gianola, F., & Ferrante, P. (2019). *Manuale di interventi terapeutici nei SerD*. Roma: Carocci.
- Hughes, D. A. (2004). *Costruire il legame con il tuo bambino: Una guida all'attaccamento genitoriale*. New York: Holt Paperbacks.
- Johnson, R. C., & Marini, A. (2020). The long-term impact of early institutionalization on cognitive and social outcomes in adoptees. *Adoption Quarterly*, 23(2).
- Keck, G. C., & Kupecky, R. M. (2009). *Parenting the hurt child: Helping adoptive families heal and grow*.

New York: Touchstone.

- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2012). Genetic and familial environmental influences on the risk for drug abuse: A national Swedish adoption study. *Archives of General Psychiatry*, 69(7), 690–697.
- Keyes, M. A., Sharma, A., Elkins, I. J., Iacono, W. G., & McGue, M. (2008). The mental health of U.S. adolescents adopted in infancy. *JAMA Pediatrics*, 162(2), 162–168.
- Leonel, A. (2004). *Rifiuto: Guida completa per affrontare questo dolore*. Roma: Armando Editore.
- Liotti, G. (2001). *La psicologia dell'attaccamento: Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Milano: Franco Angeli.
- Liotti, G. (2001). Modelli operativi interni, attaccamento e sviluppo del Sé. In G. Liotti (a cura di), *La psicologia dell'attaccamento: Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Milano: Franco Angeli.
- McCall, R. B., & Groark, C. J. (2005). International adoption and developmental outcomes: A review of the literature. *International Journal of Behavioral Development*, 29(5), 452–464.
- McRoy, R. G., & Grape, L. A. (2009). Transracial adoption: A study of the racial and ethnic identity development of adopted children. *Journal of Social Issues*, 65(4), 872–892.
- Miller, L. S., et al. (2019). Mood disorders and substance abuse in adopted children: A longitudinal study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(4), 370–380.
- Miller, R. (2011). Adopted children and attachment: A developmental approach to practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(1), 35–43.
- Palacios, J., & Brodzinsky, D. (2010). Adoption research: Trends, topics, outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, 34(3), 270–284.
- Pesaresi, F. (2021). *Il manuale dei caregiver familiari*. Roma: Carocci.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rutter, M., & O'Connor, T. G. (2004). Implications of attachment theory for adoption and foster care. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(3), 144–152.
- Schneiderman, M., & Fletcher, R. (2018). Substance use and mental health in adopted youth: A cross-national study. *Journal of Adolescent Health*, 62(3), 276–284.
- Serpelloni, G., Bricolo, F., & Mozzoni, M. (2006). *Elementi di neuroscienze e dipendenze. Manuale per operatori*. Milano: Franco Angeli.
- Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2006). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effectiveness of attachment-based interventions in preventing insecure attachment. *Review of General Psychology*, 10(3), 229–245.
- Vianello, F., & Sbraccia, A. (2014). *Sociologia della*

devianza e della criminalità. Milano: Franco Angeli.

- Westermeyer, J., Kohn, R., & DeGarmo, D. (2015). Adoption and personality disorders: A longitudinal study of adopted children. *American Journal of Psychiatry*, 172(2), 129–134.
- Yoon, G., Westermeyer, J., Kuskowski, M. A., & Nesheim, L. (2012). Substance use disorders and adoption: Findings from a national sample. *The American Journal on Addictions*, 21(5), 453–458.

21.4

INTERVENTI DI TRATTAMENTO DEL CRAVING NELLE DIPENDENZE DA SOSTANZE E COMPORTAMENTI MEDIANTE TDCS

Soia M.*[1], Caretti A.[1], Critelli R.[1], Morandi P.[1], Pauselli V.[1], Aragno G.[1], Crosa Lenz C.[1], Poletti V.[2], Gabutti E.[3], Gabutti C.[3], Padula P.[3], Albani G.[3]

[1]SERD ASL VCO ~ VERBANIA ~ Italy, [2]UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE ~ MILANO ~ Italy, [3]ASSOCIAZIONE MY WAY ONLUS ~ VERBANIA ~ Italy

Il SERD dell'ASL VCO, in collaborazione con l'associazione MY WAY ONLUS ha avviato dal 2023 un progetto pilota per esplorare l'applicabilità di un trattamento con tDCS in un Servizio ambulatoriale SerD su pazienti con disturbo da gioco d'azzardo patologico e da uso di cocaina

Introduzione

Negli ultimi anni la ricerca neuroscientifica ha dedicato crescente attenzione all'utilizzo di tecniche di neuromodulazione non invasiva per il trattamento dei disturbi da addiction. Tra queste, la stimolazione transcranica a corrente diretta (tDCS) rappresenta una metodica promettente, in grado di modulare l'eccitabilità corticale e l'attività dei circuiti fronto-striatali implicati nei processi di ricompensa, controllo degli impulsi e regolazione del craving.

La dipendenza da gioco d'azzardo patologico e quella da cocaina condividono numerosi aspetti neurobiologici e clinici: entrambe sono caratterizzate da disregolazione del sistema dopaminergico mesolimbico, alterazioni della corteccia prefrontale dorsolaterale (DLPFC) e difficoltà nel controllo degli impulsi. Queste somiglianze hanno spinto la comunità scientifica a indagare se approcci di neuromodulazione, già studiati nei disturbi da uso di sostanze, possano essere efficaci anche nelle dipendenze comportamentali.

I primi studi sull'applicazione della tDCS in questi ambiti suggeriscono che la stimolazione di specifiche aree prefrontali possa ridurre il craving, migliorare le capacità decisionali e modulare i meccanismi neurocognitivi alla base della perdita di controllo. Sebbene i dati siano ancora preliminari, la tDCS potrebbe rappresentare un valido complemento ai trattamenti psicoterapeutici e farmacologici tradizionali, offrendo nuove prospettive di intervento in patologie caratterizzate da elevata cronicità e ricadute.

Scopo

Il progetto pilota esplora la fattibilità del trattamento con tDCS in un servizio ambulatoriale e valuta l'efficacia della stimolazione su craving, impulsività, tono dell'umore, qualità del sonno e ricadute post trattamento su gamblers e cocainomani.

Partecipanti

Il campione è formato da 13 partecipanti in carico al SerD VCO, dei quali 7 con diagnosi di Disturbo da Gioco d'azzardo Patologico e 6 con diagnosi di Disturbo da uso di cocaina.

Tra i criteri di inclusione: diagnosi di dipendenza patologica secondo i criteri del DSM 5, dipendenza attiva (eventuale remissione non superiore a tre mesi) e possibilmente un minimo di risorse sociali con presenza di un eventuale caregiver che possa seguire il paziente nelle fasi di somministrazione della stimolazione.

I criteri di esclusione sono la minore età, gravidanza, presenza di impianti metallici come pacemaker, comorbidità con patologia psichiatrica in fase di scompenso e comorbidità con altre dipendenze.

I soggetti selezionati sono stati valutati dallo specialista Neurologo per escludere quadri clinici incompatibili con la partecipazione al trattamento.

Strumenti

Somministrazione dei questionari: VAS per frequenza ed intensità del craving (punteggi da 0 a 10), SCL90 (Derogatis L. R., 1994), BIS11 (Fossati et al. 2001), BDI (Beck et al. 1996) immediatamente prima della stimolazione (T0), al termine della stimolazione (T1) e 90 giorni dopo la fine del trattamento (T2).

Le ricadute sono state verificate mediante drug test e colloquio per il gruppo dei cocainomani e mediante colloquio per i giocatori.

Protocollo tDCS

La tDCS è una tecnica di neuromodulazione non invasiva e indolore, annoverabile tra le tecniche di non invasive brain stimulation – NIBS

- Montaggio: DLPFC destro (anodo) / DLPFC sinistro (catodo)

- Corrente: 2 mA

- Durata: 20 minuti per sessione

- Programmazione: 12 sessioni in 2 settimane (es. 5 sessioni la prima settimana + 5 la seconda, più 2 nella settimana finale)

- Note di applicazione:

- Elettrodi posizionati secondo il sistema EEG 10–20 (F4 per l'anodo, F3 per il catodo).

- Spugne imbevute di soluzione salina, superficie 25–35 cm², per mantenere la densità di corrente entro limiti sicuri (~0,057–0,08 mA/cm²).

- Screening di sicurezza prima di ogni sessione (controindicazioni: epilessia, impianti metallici/elettronici, problemi dermatologici, ecc.).

Protocollo CBT (concomitante alla tDCS)

- Pre-sessione (5 min):
 - Esercizio di immaginazione guidata focalizzato su risorse personali positive e trigger abituali.
 - Obiettivo: attivare reti neurali/emotive pertinenti prima della stimolazione.
 - Durante la tDCS (20 min):
 - Pratica strutturata di mindfulness (body scan o attenzione al respiro).
 - Esercizi di ristrutturazione cognitiva su pensieri disfunzionali, tramite domande socratiche.
 - Opzione: alternare blocchi brevi di mindfulness ed esercizi di reframing per mantenere alta l'attenzione.
 - Post-sessione (5-10 min):
 - Breve riflessione + journaling: intuizioni chiave, cambiamenti nello stato emotivo, trasformazioni cognitive.
 - Il terapeuta annota i progressi e pianifica il focus della sessione successiva.
- Razionale dell'integrazione
- Stimolazione anodica del DLPFC destro: aumenta l'eccitabilità dei circuiti che supportano controllo cognitivo, regolazione emotiva e ristrutturazione adattiva.
 - Stimolazione catodica del DLPFC sinistro: può ridurre la tendenza alla ruminazione negativa.
 - CBT durante la stimolazione: sfrutta le finestre di neuroplasticità, rafforzando nuovi schemi cognitivi ed emotivi.
 - Immaginazione guidata iniziale: assicura che l'apprendimento potenziato dalla tDCS si consolidi attorno a contenuti personali significativi.

Analisi dei dati

Abbiamo messo a confronto i risultati dei test al T0 e T2 mediante Anova e t-test a campioni indipendenti. Il confronto è stato fatto in un primo tempo con tutto il campione e poi con i gruppi patologia distinti.

Risultati

Il t-test a campioni indipendenti sui punteggi della VAS Intensity ha mostrato una differenza statisticamente significativa tra T0 e T2, $t(22) = 2.24$, $p = .036$. I valori medi indicano che l'intensità percepita del sintomo era maggiore a T0 ($M = 5.92$, $DS = 2.64$) rispetto a T2 ($M = 3.33$, $DS = 2.99$), con una differenza media di 2.58 punti. La dimensione dell'effetto risulta elevata (d di Cohen = 0.91), suggerendo che la riduzione dell'intensità nel tempo è non solo statisticamente significativa ma anche clinicamente rilevante. L'analisi della varianza a due vie sui punteggi della VAS Intensity ha evidenziato un effetto principale significativo del tempo, $F(1,20) = 4.93$, $p = .038$, $\eta^2p = .198$, indicando una riduzione significativa dell'intensità percepita dal T0 al T2. Nel complesso, i risultati indicano un miglioramento generalizzato e statisticamente significativo dell'intensità percepita del craving nel tempo, indipendentemente dal gruppo di appartenenza.

Il t-test a campioni indipendenti condotto sui punteg-

gi della VAS Frequency non ha mostrato una differenza statisticamente significativa tra T0 e T2, $t(22) = 1.89$, $p = .072$. I valori medi suggeriscono comunque una riduzione della frequenza percepita del sintomo nel tempo, passando da $M = 4.67$ ($DS = 2.81$) a T0 a $M = 2.67$ ($DS = 2.35$) a T2, con una differenza di circa 2 punti. La dimensione dell'effetto è risultata moderata-alta (d di Cohen = 0.77), indicando che, pur in assenza di significatività statistica, l'ampiezza della riduzione potrebbe avere una rilevanza clinica. Le verifiche dei presupposti hanno mostrato che né la normalità (Shapiro-Wilk, $p = .117$) né l'omogeneità delle varianze (Levene, $p = .387$) risultano violate, per cui l'analisi è affidabile.

Per quanto riguarda le ricadute, due cocainomani e tre giocatori non ne hanno avute, pari al 38% del campione. Non sono emerse differenze significative nei punteggi di BDI e nelle scale SCL90 di ossessione-compulsione e sonno tra T0 e T2, nemmeno considerando separatamente i due gruppi patologia. Anche per quanto riguarda i punteggi di impulsività motoria, attentiva e da non pianificazioni misurati tramite il questionario BIS11 non si rilevano differenze staticamente significative.

Conclusione

Il presente progetto pilota ha mostrato come l'integrazione di tDCS e trattamento riabilitativo specialistico possa rappresentare un approccio promettente per la riduzione del craving nei pazienti con dipendenza da gioco d'azzardo patologico e da cocaina. I risultati evidenziano una significativa riduzione dell'intensità percepita del craving tra l'inizio e la fine del trattamento, con un effetto non solo statisticamente rilevante ma anche clinicamente significativo. Sebbene la frequenza del craving non abbia raggiunto la significatività statistica, la diminuzione osservata suggerisce comunque una possibile rilevanza clinica che merita ulteriori approfondimenti.

La stabilità dei punteggi relativi all'umore, all'impulsività e ad altre dimensioni psicopatologiche indica che l'effetto del trattamento si concentra prevalentemente sulla regolazione del craving, lasciando aperta la possibilità che interventi più prolungati possano produrre benefici più estesi. Inoltre, il 38% del campione non ha riportato ricadute nei tre mesi successivi, dato che, pur limitato numericamente, offre un segnale incoraggiante sulla tenuta dell'intervento nel tempo.

Nel complesso, i dati raccolti supportano l'ipotesi che la neuromodulazione con tDCS, soprattutto se associata a strategie psicoterapeutiche mirate, possa costituire un utile complemento ai trattamenti tradizionali. La complessità dell'intervento valutativo dei pazienti ha rallentato il processo di reclutamento dei pazienti stessi. Campioni più numerosi, follow-up a lungo termine e protocolli comparativi potrebbero confermare la solidità e la generalizzabilità di questi risultati preliminari.

Bibliografia

- Derogatis, L. R. (1994). Symptom Checklist-90-Revised: SCL-90-R. Manuale (Adattamento italiano a cura di Sarno, I.). Giunti O.S.
- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E. S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 57(6), 815-828.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory-II. Manuale (Adattamento italiano a cura di Ghisi, M., Flebus, G. B., Montano, A., Sanavio, E., & Sica, C.). Firenze: Giunti O.S.

Area tematica 22

ESPERIENZE FORMATIVE PROPEDEUTICHE AD UNA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE NELLE DIPENDENZE

22.1

PROGETTO DI UN MASTER DAL TITOLO: MULTIDISCIPLINARIETÀ DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Castorina M.*[1], Di Stefano A.P.[2], Spina E.[3]

[1]Azienda Sanitaria Provinciale Siracusa-Unità Operativa Semplice SerT Lentini (Siracusa) ~ Siracusa ~ Italy, [2]Università degli Studi di Catania-Dipartimento di Scienze della Formazione ~ Catania ~ Italy, [3]Università di Messina-Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, UOSD Farmacologia Clinica, AOU "G. Martino" ~ Messina ~ Italy

Percorso formativo universitario che sottolinea la sinergia multidisciplinare e l'approccio sistemico alle dipendenze patologiche: ricerca, clinica, innovazione terapeutica e integrazione di diverse competenze professionali nella gestione, cura e riabilitazione di queste patologie, evidenziando la trasversalità del problema.

Abstract

Nel contesto delle dipendenze patologiche, la complessità dei bisogni clinici, psicologici, sociali ed educativi dei pazienti richiede un approccio formativo multidisciplinare, trasversale e integrato, per affrontare il fenomeno in tutte le sue dimensioni.

In questa prospettiva nasce il progetto di un Master dal titolo "Multidisciplinarietà delle Dipendenze Patologiche", che ha come obiettivo quello di preparare operatori sanitari e sociali fornendo competenze ed esperienze teorico-pratiche già immediatamente spendibili nei Servizi territoriali; tale progetto si pone come propedeutico ad una auspicata Scuola di specializzazione nelle discipline delle dipendenze.

Il Master si articola in moduli tematici che affrontano le principali aree coinvolte nella presa in carico della persona con dipendenza: aspetti farmacologici, clinici,

psicologici, e in particolare pedagogici, troppo spesso trascurati ma fondamentali per promuovere processi di autonomia e cambiamento. Uno spazio significativo è inoltre dedicato alle doppie diagnosi psichiatriche, alle patologie internistiche correlate (come epatiti, HIV, infezioni da HCV), nonché agli aspetti giuridici e legislativi, rispetto ai quali si auspica un aggiornamento normativo che valorizzi l'approccio educativo. Ulteriori moduli trattano temi cruciali come la realtà carceraria, le comunità terapeutiche e l'importanza delle arti espressive (musica, arte, danza) concepite come strumenti utili nei percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale.

Il percorso formativo è strutturato in moduli che affrontano aspetti fondamentali quali:

- la farmacologia delle sostanze e delle terapie farmacologiche sostitutive e non;
- la clinica delle dipendenze;
- le nuove dipendenze (comportamentali, tecnologiche) e la popolazione giovanile;
- la doppia diagnosi psichiatrica;
- le patologie internistiche correlate;
- l'aspetto e l'approfondimento psicologico;
- la dimensione pedagogica, fondamentale nella costruzione di percorsi di autonomia e riabilitazione;
- il quadro legislativo attuale, che necessita di un aggiornamento orientato a una maggiore valorizzazione degli aspetti educativi;
- la realtà carceraria e le comunità terapeutiche come contesti di intervento specifico;
- musica/arte/danzaterapia

A caratterizzare il Master è anche l'attenzione agli strumenti espressivi e relazionali, attraverso moduli dedicati a musica, arte e danza, concepite come "buone dipendenze" in grado di attivare risorse personali e processi trasformativi.

Il programma si rivolge a una platea eterogenea di professionisti – medici, psicologi, pedagogisti, infermieri, biologi, giuristi, laureati in scienze politiche – con l'intento di promuovere un linguaggio condiviso e un lavoro d'équipe realmente interdisciplinare.

Questa esperienza si propone quindi come modello formativo innovativo, fondato sull'integrazione tra $\Delta\eta\delta\phi\ \beta\omega\pi\chi\epsilon\zeta\<>\delta\lambda\kappa\eta\gamma$ saperi, volto a preparare figure competenti ad affrontare la sfida delle dipendenze con uno sguardo globale e centrato sulla persona.

Area tematica 23

RECOVERY NELLE
DIPENDENZE

23.1

LA MUSICA
COME CURA

**Basile M.*[1], Mansi G.[2], Tozzi P.B.[1],
Massaro A.[3]**

[1]Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) -
Servizio GAP ~ Barletta ~ Italy, [2]Dipartimento
Dipendenze Patologiche (DDP) ASL BT ~ Andria ~ Italy,
[3]U.O.C. SerD Andria ~ Andria ~ Italy

ESPERIENZA DI UN LABORATORIO DI GRUPPO "RHYTHM
2RECOVERY" ("R2R") NEL DIPARTIMENTO DIPENDENZE
PATOLOGICHE (DDP) ASL BT. ANALISI QUANTITATIVA E
QUALITATIVA DEI DATI

Abstract

Il presente articolo si propone di descrivere gli esiti del progetto riabilitativo "Rhythm2Recovery" ("R2R") rivolto ad un gruppo di pazienti con DGA (Disturbo da Gioco d'Azzardo) e DUS (Disturbo da Uso di Sostanze) del Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) Asl Bat attraverso la valutazione dell'efficacia effettuata con la comparazione dei dati raccolti prima e dopo l'intervento.

Lo studio ha effettuato sia una analisi quantitativa attraverso la somministrazione prima e dopo l'intervento del "Questionario del Benessere" (questionario di 24 item che valuta diversi aspetti del benessere psicologico e sociale su una scala Lickert a 5 punti); sia una analisi qualitativa basata sulla raccolta delle narrazioni dei pazienti durante le sessioni.

I dati raccolti indicano miglioramenti significativi in diverse aree chiave del benessere psicologico e sociale dei partecipanti, in particolare rispetto alla fiducia nel futuro, alla percezione di isolamento, alla gestione dell'ansia, al cambiamento, alla consapevolezza.

I risultati evidenziano l'efficacia del progetto nel facilitare l'espressione e la gestione delle emozioni, ridurre l'isolamento sociale, aumentare la consapevolezza. Ulteriori ricerche potrebbero prendere in esame outcome di natura psicosociale e valutare l'impatto del pro-

gramma sulle funzioni esecutive.

Parole chiave: Dipendenze, Musica, Recovery, Emozioni, Consapevolezza, Riabilitazione.

1.Introduzione

William Anthony (1993) ha descritto il concetto di recovery come "un profondo processo personale e unico di cambiamento dei propri atteggiamenti, valori, sentimenti, obiettivi, abilità e/o ruoli. È un modo di vivere una vita soddisfacente e piena di speranza, anche in presenza di limitazioni causate da una malattia". (1)

La pratica riabilitativa orientata alla recovery si ispira a valori quali l'autodeterminazione, la fiducia, la speranza, l'inclusione sociale, la definizione di obiettivi, l'autoefficacia; si fonda quindi su un approccio olistico al benessere. (2)

A partire da Aristotele fino alla psicologia positiva si sono distinti due aspetti fondamentali del piacere: edonia ed eudaimonia ovvero la fruizione del piacere da una parte e dall'altra la realizzazione personale, una vita appagante, dove si esprimono le potenzialità e si coltivano le virtù. (3)

Nell'ottica della promozione del benessere, si distinguono alcune aree che hanno un sufficiente livello di validazione scientifica: attività fisica, mindfulness, yoga, arte, musica. (4)

Rhythm2Recovery è un approccio riabilitativo che utilizza la musica ritmica e le percussioni di gruppo per migliorare il benessere psicologico e sociale. Sviluppato da Simon Faulkner in Australia, questo metodo si basa su solide evidenze scientifiche e integra tecniche di terapia esperienziale con approcci di terapia cognitivo-comportamentale (CBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) e Psicologia Positiva. (5)

Secondo Faulkner, il metodo si basa sul principio che combinando musica ritmica e riflessione cognitiva, si possa intervenire su aree quali apprendimento socio-emotivo, identità e cultura, punti di forza e virtù, salute e benessere, lavoro di squadra; è stato dimostrato che l'impiego della musica ritmica in contesti terapeutici di persone con addiction ha avuto un impatto significativo nel potenziare l'alleanza terapeutica e l'adesione al trattamento. (6)

Secondo Winkelman, l'uso delle percussioni rientra nelle terapie complementari dell'addiction (7), in quanto sono stati evidenziati gli effetti psicofisiologici del "drumming" quali rilassamento profondo, senso di connessione con gli altri, "emotional release". Meditare, imparare a "lasciar andare" e sperimentare la rinascita con la musica. Tutto ciò permette alle persone di lasciarsi alle spalle ciò che non desiderano (ad esempio, le loro dipendenze) e di affrontare il loro personale percorso di recovery.

2. Metodo

Il DDP della Asl Bat, in collaborazione con l'associazione Tamborey®, ha promosso il progetto riabilitativo di

gruppo "R2R" rivolto a pazienti con DGA e DUS. L'attività riabilitativa è nata con lo scopo di promuovere il benessere psicologico e sociale, per riconoscere, narrare ed elaborare emozioni, punti di forza, potenzialità attraverso l'utilizzo della musica, in particolare quella mediata dalle percussioni.

Il percorso è stato strutturato in 8 incontri di un'ora e mezza nel Dipartimento delle Dipendenze Patologiche Asl Bat con una frequenza settimanale nei mesi di febbraio e marzo dell'anno 2024. La conduzione del gruppo è stata affidata all'Educatrice Professionale del DDP Asl Bat e all'Esperto facilitatore "Rhythm2Recovery" dell'associazione Tamborey, con la presenza di un verbalizzatore. Ogni incontro è stato articolato alternando momenti musicali a momenti di condivisione dei vissuti. Le tematiche trattate ad ogni incontro sono state le seguenti:

1. Valori e confini
2. Relazioni sane
3. Lavoro di squadra
4. Comunicazione
5. Resilienza e risoluzione dei problemi
6. Punti di forza e gestione delle avversità
7. Gestione delle emozioni
8. Empowerment

Il gruppo è stato costituito secondo la metodologia attiva del Drum Circle: i pazienti sono stati disposti a cerchio per creare un clima di collaborazione e facilitare gli scambi comunicativi.

Ad una prima fase introduttiva alla tematica proposta per quella sessione, faceva seguito un momento musicale, durante il quale i pazienti si sono messi alla prova eseguendo "esercizi" proposti dall'esperto; infine si dava spazio alla condivisione delle esperienze, delle emozioni e delle strategie di coping utili a sostenere il percorso di recovery di ogni singolo paziente.

I conduttori del gruppo avevano l'obiettivo di creare un clima di fiducia, rispetto, sospensione del giudizio, favorendo l'espressione di sé. Gli operatori avevano anche il compito di riformulare le comunicazioni e di coinvolgere ogni partecipante attraverso l'ascolto attivo, l'utilizzo di domande aperte, fornendo supporto e offrendo feedback.

Ad ogni incontro un verbalizzatore aveva il compito di trascrivere le conversazioni del gruppo.

Obiettivi del progetto

Il Progetto riabilitativo di gruppo "Rhythm2Recovery" si è posto l'obiettivo di favorire il benessere psico-sociale nei pazienti con DGA e DUS, attraverso la musica, l'espressione emotiva non verbale, l'interazione sociale, la riflessione, le competenze di gestione delle emozioni.

Partecipanti

Il DDP Asl Bat ha coinvolto 11 pazienti maschi con DGA e DUS ai quali sono stati somministrati i questionari pre-intervento. Di questi, solo 5 pazienti hanno effettuato la valutazione post-intervento. All'inizio del

progetto è stato compilato un consenso per la diffusione di materiale foto e video, anche se durante le sessioni è stato preferito evitare di riprendere o fotografare i pazienti in viso. I partecipanti sono tutti di sesso maschile con una età media di 30 anni.

Strumenti di valutazione

Al fine di verificare gli obiettivi prefissati è stata svolta un'analisi di tipo quantitativo attraverso la somministrazione del questionario self-report previsto dalla letteratura per lo svolgimento del programma "Rhythm2Recovery" ovvero il "Questionario del Benessere". Si tratta di un questionario di 24 item che valuta diversi aspetti del benessere psicologico e sociale su una scala Lickert a 5 punti (1= fortemente in disaccordo, 3= neutro/incerto, 5= fortemente d'accordo) (vedi img. 1 QB). Successivamente è stata effettuata una analisi qualitativa tramite la rilettura di tutte le trascrizioni delle condivisioni avvenute durante le sessioni al fine di individuare le tematiche ricorrenti.

3. Analisi

Lo studio ha effettuato sia una analisi quantitativa attraverso la somministrazione prima e dopo l'intervento del "Questionario del Benessere" sia una analisi qualitativa basata sulla raccolta delle narrazioni dei pazienti durante le sessioni (vedi graf. 1).

3 a. Risultati analisi quantitativa

Risultati "Questionario del benessere"

• Benessere generale e soddisfazione di vita

Nel questionario iniziale, l'item 1 "La maggior parte delle volte sono contento della mia vita" e l'item 4 "Sono felice della mia vita" mostravano una prevalenza di risposte neutre con pochi partecipanti fortemente d'accordo. Nel questionario post-intervento, si osserva un netto miglioramento, con una maggiore frequenza di risposte positive per entrambi gli item.

• Isolamento e connessione sociale

L'item 8 "Non ho nessuno su cui poter contare nei momenti difficili" e l'item 13 "Trascorro molto tempo da solo nella mia stanza" hanno mostrato cambiamenti positivi, indicando sia una minore percezione di isolamento sia una riduzione del tempo trascorso in isolamento.

• Fiducia nel futuro

L'item 24 "Sono fiducioso del mio futuro" mostra uno dei cambiamenti più significativi poiché nel pre-intervento la maggioranza dei pazienti aveva risposto "fortemente in disaccordo", mentre nel post-intervento, solo 1 paziente ha risposto "fortemente in disaccordo".

• Gestione dell'ansia e delle emozioni

Si registrano i seguenti miglioramenti:

- Item 15 "Divento facilmente ansioso": riduzione delle risposte in accordo
- Item 21 "Mi arrabbio facilmente": riduzione delle risposte in accordo
- Item 23 "Mi sento spesso triste": aumento delle

risposte in disaccordo.

- Correlazione tra item chiave: isolamento e fiducia nel futuro.

Si osserva una correlazione negativa tra il senso di isolamento sociale e la fiducia nel futuro (vedi graf.2): all'aumentare del senso di connessione sociale, aumenta la fiducia nel futuro.

Il diagramma di dispersione evidenzia come, generalmente, un punteggio di isolamento più alto (cioè una percezione meno negativa, visto che nel nostro calcolo numerico valori maggiori indicano meno isolamento) sia associato a un punteggio di fiducia nel futuro maggiore. La retta di regressione, con pendenza negativa, suggerisce che chi sperimenta maggior isolamento tende ad avere meno fiducia nel futuro.

Il confronto "prima" e "dopo" mostra un miglioramento atteso:

- Isolamento: un aumento del punteggio indica una riduzione della percezione negativa dell'isolamento (cioè si sente meno isolato).
- Fiducia nel futuro: un aumento del punteggio post-intervento indica un maggior ottimismo verso il futuro (vedi graf. 3).

Questi miglioramenti rafforzano l'idea che i percorsi Rhythm2Recovery, integrati eventualmente con altre attività (come, ad esempio, la medicina forestale), possano incidere positivamente sul benessere emotivo e sulla percezione sociale degli utenti.

3 b. Risultati analisi qualitativa: le tematiche ricorrenti

- Isolamento e connessione sociale

Le narrazioni supportano i dati quantitativi che mostrano una riduzione dell'isolamento: "Spesso mi sento solo, ma cerco di uscire di casa e stare in compagnia", "Di questo progetto mi porto a casa una maggiore consapevolezza e una maggiore comprensione delle mie emozioni. Ho imparato ad apprendere da tutti anche da coloro che sono diversi da me", "La mia famiglia non mi ha lasciato mai solo", "sono anni che non riesco a fare più qualcosa in gruppo, oltre al lavoro, sinceramente ero a disagio, ma ora sto meglio".

- Fiducia nel futuro

L'aumento rilevante della fiducia nel futuro trova riscontro nelle seguenti affermazioni: "Ora sei tanto giovane e la vita ti sembra complicata, ma capirai quanto la vita sia bella".

- Gestione delle emozioni

Il miglioramento della gestione delle emozioni è stato riscontrato in più condivisioni, come ad esempio: "Ho sviluppato la capacità di esprimere dissenso o perplessità utilizzando un tono pacato, evitando conflitti e rimanendo in sintonia con gli altri".

In particolare, dalle discussioni inerenti questa tematica è emersa la consapevolezza dei pazienti di utilizzare sostanze\gioco d'azzardo come strategia per gestire le emozioni negative quali rabbia e tristezza.

"Mi ero reso conto che invece era più giusto lasciare andare la tristezza ed essere nella realtà piuttosto che

essere eccessivamente felice e fuggire dalla realtà. Dopo anni, dopo la dipendenza, ho capito anche grazie ai terapeuti, che è normale provare tristezza. Ora vivo una vita più equilibrata".

- Empowerment

Attraverso l'esercizio "Io ho il potere", scandito dal ritmo con le percussioni, i pazienti hanno riflettuto sul potere di prendere decisioni consapevoli, sulla gratitudine verso se stessi, sull'importanza di avere fiducia in se stessi e nelle loro capacità di recupero.

4. Discussione dei risultati

I risultati suggeriscono che il programma "Rhythm2 Recovery" ha avuto un impatto positivo generale su diverse dimensioni del benessere psicologico e sociale dei partecipanti.

- Evidenze quantitative

In base ai risultati ottenuti dall'analisi quantitativa, si osservano miglioramenti in:

- connessione sociale: la riduzione dei sentimenti di isolamento e l'aumento della percezione di avere persone su cui contare suggeriscono che il metodo è efficace nel creare connessioni significative tra i partecipanti;

- fiducia nel futuro: l'aumento significativo di questa area rappresenta uno dei risultati più rilevanti, suggerendo che il programma aiuta i partecipanti a sviluppare una visione maggiormente positiva e speranzosa del loro avvenire;

- gestione emotiva: la riduzione di ansia, rabbia, tristezza indica che le attività ritmiche intervengono sulla regolazione emotiva.

- Nuclei tematici emersi durante le sessioni

I pazienti hanno partecipato attivamente alle discussioni delle varie tematiche affrontate, condividendo con il gruppo i propri vissuti di vita e le proprie emozioni. I pazienti, attraverso la musica, hanno riflettuto sul significato dei valori, intesi come le "radici" del nostro agire e dei confini ossia dei "binari" entro cui la vita va agita e vissuta. Hanno potuto quindi riflettere sul fatto di essere persone libere e senzienti, provando quindi a parlare di sé fuori dallo stigma interno del "tossicodipendente" o del "giocatore". Dopo aver affrontato queste tematiche è stato importante per loro capire le caratteristiche che distinguono una relazione sana da una relazione tossica. I pazienti hanno potuto esperire, grazie alla tecnica del drum circle ossia del suonare insieme e in cerchio le percussioni, sia le potenzialità sia le difficoltà del lavoro di squadra, e di conseguenza quanto sia importante imparare a comunicare. Il filo rosso tematico che ha unito le sessioni è stato sempre il desiderio di "uscire dalla dipendenza" e di cominciare una vita diversa da quella finora sperimentata. È stato fondamentale anche valutare e agire sul rispetto delle regole del setting quali aspettare il proprio turno nelle conversazioni, non interrompere l'altro quando sta parlando, rispettare la puntualità, avere cura di ambienti e materiali. Le dina-

miche di gruppo si sono evolute partendo da iniziali silenzi e interventi isolati fino ad arrivare allo scambio reciproco di feedback e supporto. I pazienti, man mano, hanno sviluppato una maggiore apertura alla condivisione di vissuti e quindi alla espressione di emozioni rispetto all'iniziale resistenza ad esporsi in un contesto di gruppo.

5. Limiti dello studio e suggerimenti futuri

Lo studio presenta alcuni limiti:

1. Dimensione del campione. Il campione ridotto, specialmente nel post-test, limita la generalizzazione dei risultati.

2. Mancanza di gruppo di controllo. L'assenza di un gruppo di controllo non permette di isolare completamente gli effetti specifici del programma.

3. Dati incompleti. La diversa numerosità del campione tra pre e post test rende difficile una comparazione diretta.

4. Fonte dei dati. L'analisi si basa su autovalutazioni che possono essere soggette a bias di desiderabilità sociale.

Pertanto, si suggerisce, in una prospettiva futura di:

- replicare lo studio con campione più ampio, ripensando alle tempistiche per evitare drop-out durante l'intervento, in quanto molti pazienti non sono riusciti a mantenere l'impegno settimanale del programma.

- condurre studi di follow-up per valutare la permanenza dei risultati nel tempo,

- condividere, all'interno delle Équipe multidisciplinare, ciò che emerge nel gruppo per affrontare le criticità personali emerse all'interno del setting individuale di trattamento

- coinvolgere il sistema familiare

- predisporre sessioni incentrate sulla gestione dell'impulsività, tematica ricorrente nelle condivisioni

- includere attività riabilitative per rafforzare il senso di autoefficacia al fine di sostenere la fiducia nelle proprie capacità di recupero.

6. Conclusioni

I risultati ottenuti dallo studio sono in linea con la letteratura scientifica sul tema. Secondo Bittman et al. (8), suonare percussioni in gruppo può ridurre significativamente lo stress e migliorare l'umore. Wood et al. (9) hanno dimostrato che il drumming terapeutico può aumentare il senso di connessione sociale e ridurre l'isolamento in popolazioni vulnerabili.

Inoltre i risultati suggeriscono importanti implicazioni nella pratica riabilitativa poiché il programma si è dimostrato efficace grazie alla sua importante componente non verbale che lo rende accessibile a persone con ridotte capacità comunicative.

Il laboratorio di gruppo "Rhythm2Recovery" è utile per attivare i sistemi neurali coinvolti nell'empatia e nella cooperazione, per offrire un canale di espressione emotiva non verbale, per favorire l'attenzione sul presente, per rafforzare il senso di appartenenza a un gruppo.

È stata rilevata una significativa evoluzione circa una aumentata consapevolezza sulle difficoltà personali e sulla dipendenza, una maggiore apertura al cambiamento e alla capacità di riflessione ed infine un incrementato riconoscimento del proprio potere di scelta unito ad una maggiore espressione della gratitudine.

Tenendo conto dei limiti dello studio, si conclude che il ritmo e la musica abbiano facilitato un percorso di crescita personale e relazionale, promuovendo competenze essenziali per la recovery nelle dipendenze.

La convergenza tra dati quantitativi e dati qualitativi rafforza la validità dei risultati e sottolinea l'efficacia multidimensionale del programma "Rhythm2Recovery" come intervento riabilitativo nel trattamento delle dipendenze.

Bibliografia

1. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
2. Davidson L. (2012). Il recovery in psichiatria, Erikson, Trento
3. Pasqualotto L., Carrozza P. e Cibir M. (2022). ICF, salute mentale e dipendenze. Strumenti per la riabilitazione orientata alla recovery, Carrocci editore
4. Chiamulera C., Cibir M. (2020). Aftercare & Post-Prevention nelle Addiction. Verso il benessere, Publiedit, Roma-Cuneo.
5. Faulkner S. (2016). Rhythm to Recovery: A Practical Guide to Using Rhythmic Music, Voice and Movement for Social and Emotional Development
6. Faulkner S. & Cain M. (2017). Improving the therapeutic alliance through rhythm: a pilot study exploring the use of rhythm-based interventions to enhance engagement with substance abuse treatment. *Journal of Creative Art Therapies*, 13(2), 95-107
7. Winkelman M. (2003). Complementary therapy for addiction: "Drumming out drugs". *American Journal of Public Health*, 93(4), 647-651
8. Bittman B., Berk L., Felten D., Westengard J., Simonton O., Pappas J., Ninehouse M. (2001). Composite effects of group drumming music therapy on modulation of neuroendocrine-immune parameters in normal subjects. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 7(1), 38-47
9. Wood L., Ivery P., Donovan R., Lambin E., (2013). "To the beat of a different drum: improving the social and mental wellbeing of at-risk young people through drumming." *Journal of Public Mental Health*, 12 (2), 70-79



QUESTIONARIO PRE-PROGRAMMA

Cerchia il numero che corrisponde a come ti senti rispetto alle dichiarazioni riportate in seguito. Ad esempio, se sei fortemente in disaccordo con la frase cerchia '1', se non sei sicuro cerchia '3' e se sei totalmente d'accordo cerchia '5' ecc. Non ci sono risposte sbagliate.

La maggior parte delle volte sono contento della mia vita	1	2	3	4	5
A volte sento che non piaccio davvero a nessuno	1	2	3	4	5
Mi sento diverso dalle altre persone	1	2	3	4	5
Sono felice della mia vita	1	2	3	4	5
Spesso non mi sento bene	1	2	3	4	5
La mia salute fisica è buona	1	2	3	4	5
Ho relazioni solide e di sostegno	1	2	3	4	5
Non ho nessuno su cui poter contare nei momenti difficili	1	2	3	4	5
Posso definirmi 'popolare'	1	2	3	4	5
Non ricordo l'ultima volta che sono uscito con amici	1	2	3	4	5
Mi piace fare esercizio fisico	1	2	3	4	5
Mi piace stare all'aria aperta	1	2	3	4	5
Trascorro molto tempo da solo, nella mia stanza	1	2	3	4	5
Trascorro più di quattro ore al giorno giocando ai videogiochi	1	2	3	4	5
Divento facilmente ansioso	1	2	3	4	5
Sono abbastanza alla mano e rilassato	1	2	3	4	5
Mi metto facilmente nei guai	1	2	3	4	5
Faccio difficoltà ad andare d'accordo con gli altri	1	2	3	4	5
Uso droghe ed alcol per sentirmi meglio	1	2	3	4	5
Preferisco stare da solo piuttosto che con altre persone	1	2	3	4	5
Mi arrabbio facilmente	1	2	3	4	5
Faccio difficoltà a concentrarmi sulle cose	1	2	3	4	5
Mi sento spesso triste	1	2	3	4	5
Sono fiducioso per il mio futuro	1	2	3	4	5

Nome..... Data.....

Questo questionario è formulato per avere un'idea di come un individuo si comporta riguardo una serie di problematiche che possono scaturire all'inizio di una sessione Rhythm2Recovery. Non è una scala di valutazione.

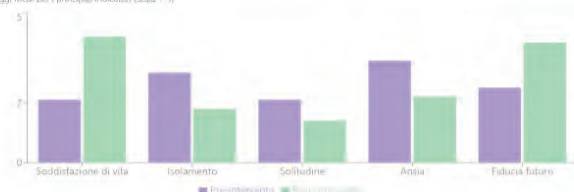
Correlazione tra Isolamento e Fiducia nel Futuro



Analisi Risultati Rhythm2Recovery

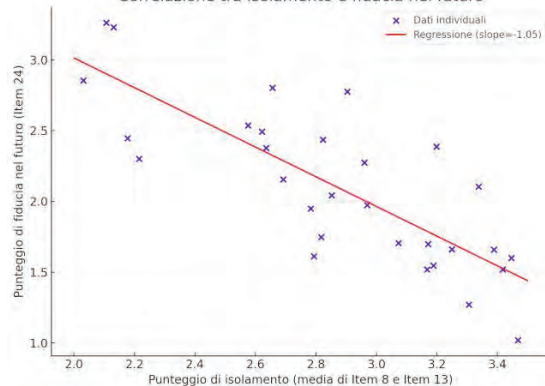
Comparazione Pre e Post Intervento

Punteggi medi per i principali indicatori (scala 1-5)



Nota: Per gli item sull'isolamento e la solitudine, i punteggi più bassi indicano un miglioramento.

Correlazione tra isolamento e fiducia nel futuro



23.2

UNA PROPOSTA ORIGINALE SUL TEMA DELLA RECOVERY NELLE DIPENDENZE. UN MODELLO INTEGRATO DI GESTIONE DELLE STRATEGIE DI COPING E DI ESPLORAZIONE DEL CRAVING

La Fontana S.*

Coop. Soc. Arca di Como ~ Orsenigo ~ Italy

Descrizione di una modalità di intervento sul craving all'interno della struttura di reinserimento socio lavorativo "La Cappelletta" di Arca di Como. Un passo verso la personalizzazione della cura.

Introduzione

Osservando come la tossicodipendenza si è evoluta nel corso degli anni, si notano alcuni aspetti che sono rimasti costanti e altri che sono cambiati. Ciò che è rimasto stabile è l'effetto a lungo termine dell'uso di sostanze sulla capacità di introspezione di chi le usa. Le sostanze rendono sempre più difficile avere accesso alla propria interiorità, proprio perché sono utilizzate per evitare il contatto con gli aspetti più dolorosi del proprio mondo interiore. Confondendo limiti e vulnerabilità con difetti, e constatando l'efficacia che hanno le sostanze nel distanziare da sé questi vissuti critici, il soggetto si disabituava sempre di più ad avere a che fare con essi.

Non è cambiato neppure l'atteggiamento di auto giudizio e di biasimo rispetto all'uso di sostanze, della società ma soprattutto del diretto interessato: la persona affetta da dipendenza, in particolare quando il punto di crisi è raggiunto e la sostanza non riesce più a garantire un adattamento che fino a poco prima sembrava promettere senza riserve.

La persona affetta da dipendenza fatica ad avvicinarsi a una lettura critica e interessata del proprio problema proprio perché tende ad anticipare a questa un giudizio moralistico, sempre più spesso vicino all'atteggiamento di auto-giudizio che l'ha portata alla dipendenza.

Sono proprio alcuni di questi atteggiamenti a essere a nostro avviso cambiati nel corso degli ultimi anni. Se il tossicodipendente di alcuni anni fa appariva avere rinunciato passivamente all'adattamento sociale, oppure, al contrario, utilizzava la sostanza per esprimere o simbolizzare atteggiamenti distruttivi e di protesta contro l'ordine sociale, ora sempre più spesso si incontrano persone per cui la dipendenza è necessaria

per stare al passo con delle richieste che, contrariamente a quelle a cui si opponeva il vecchio tossicodipendente, non sono espresse direttamente da un ente esterno (la società, o per usare un termine più suggestivo, il sistema) ma sono del tutto interiorizzate e vissute come valori identitari.

È interessante considerare come questo tipo di richieste (successo economico, attrattività, gradevolezza, potere, carisma) siano molto difficili da mettere in discussione; come questo tipo di obiettivi siano costantemente e acriticamente promossi dal contesto sociale.

In un contesto di questo genere non è più così facile intendere l'utilizzo di sostanze all'interno del percorso (la cosiddetta ricaduta) come qualcosa da biasimare e punire. Sempre più difficile trovare un aspetto di trasgressione, quanto un bisogno di adeguamento. Il giudizio negativo rispetto all'ipotesi di ricaduta, molto presente nei soggetti che trattiamo, sembra essere un elemento che alimenta ulteriormente il processo di dipendenza dalla sostanza, proprio perché rende più difficile confrontarsi direttamente con i vissuti che alimentano il craving.

Nella nostra esperienza abbiamo constatato che il passaggio in fase di reinserimento (che corrisponde a un cambio della struttura e dell'équipe curante) comporta di solito un momento di difficoltà, in cui l'ospite è costretto a mettere in discussione una serie di aspettative che si era costruito, spesso basate sulla sopravvalutazione delle proprie capacità di controllo del craving. Il craving, quasi del tutto sparito o addirittura assente nelle fasi precedenti del percorso, viene ora alimentato dal contatto diretto con il mondo esterno, dalle pressioni date dalla ricerca di un lavoro e dalla necessità di costruire relazioni all'esterno, anche sentimentali.

Prima di entrare direttamente nel merito dell'approccio all'esplorazione e gestione del craving che cercheremo di descrivere, pensiamo sia utile partire dall'esperienza diretta, descrivendo un caso tipo, sulla falsa riga di quanto teorizzato sopra.

Quello che ci auguriamo è che il lettore, arrivato alla fine, si senta confuso e spiazzato, in preda al dubbio, forse vittima anch'egli di un'illusione che è molto difficile riconoscere, e che indirettamente, dopo ripetuti fallimenti e delusioni, ci ha portato a rivedere in profondità il nostro metodo di lavoro, fino a proporre il modello che poi sarà illustrato.

Per illustrare più chiaramente questa illusione (che riguarda di solito il paziente, il gruppo degli altri pazienti e gli operatori) riporto un caso esemplificativo, inventato per modo di dire, visto che è una variazione su un tema molto presente nei casi che stiamo trattando negli ultimi anni.

F. è un uomo di 35 anni; ha utilizzato le sostanze fin dalla giovane età, riuscendo fino a poco prima dell'ingresso in comunità a mantenere un lavoro e delle relazioni sociali e sentimentali. Nella prima parte del percorso ha avuto modo di constatare come il suo rapporto con il lavoro fosse totalizzante, cosa di cui prima non si rendeva conto. Ha dovuto anche constatare come le sue relazioni sociali, di cui lui andava a volte anche fiero, fossero in realtà molto povere e condizionate dalla cocaina: la sua capacità di divertirsi e provare piacere era fortemente dipendente dal suo uso. F. è un uomo con ottime capacità operative, capace di lavorare per molte ore, chiedendo a se stesso sforzi e risultati che molti non sarebbero in grado di sostenere. I soldi che ha guadagnato, che non sono pochi, li ha utilizzati per soddisfare desideri che sono ampiamente condivisi dalle persone di successo. Rispetto alle relazioni, per essere in grado di superare le proprie difficoltà, inibizioni e vissuti di inadeguatezza, la cocaina ha funzionato come una protesi che gli ha permesso di sentirsi potente e attraente.

Nella storia di F. a un certo punto accade qualcosa che, neanche adesso, con più di un anno di comunità alle spalle, egli ha del tutto chiaro. F. ha un forte e doloroso ricordo dell'ultimo periodo fuori dalla comunità, quando la cocaina era diventata talmente centrale e necessaria da essere del tutto perniciosa. È entrato in comunità con l'idea che la cocaina fosse solo quella cosa. L'abitudine contratta negli anni, in modo lento e graduale, e i vantaggi conseguenti, di cui ora non riesce chiaramente a definire la natura e la portata, rendono difficile notare come le qualità che egli ha mostrato e che lo hanno reso funzionale e gradevole, non erano sotto il suo controllo, ma erano in gran parte generate da qualcosa di esterno a lui.

Giunto in fase di reinserimento, egli sa che dovrà affrontare il mondo esterno, quindi il lavoro e le relazioni, senza l'aiuto della cocaina. Il primo periodo è molto duro. F. Nota come l'ansia, l'insicurezza, qualche volta la paura, siano una presenza abituale, inaspettata, molto più forte di quanto potesse immaginare. La sensazione di fallimento inizia a farsi strada: F. inizia a pensare che quello che ha fatto in comunità finora non sia servito a nulla. Le considerazioni degli operatori, che cercano di fargli accettare queste reazioni come normali conseguenze di una fase di passaggio, lo rassicurano solo in parte. Senza esserne del tutto consapevole, F. Inizia a cercare conferme all'esterno. Cerca un lavoro e si impegna per riuscire, cerca nelle relazioni la prova che lui sia cambiato. Tale è il bisogno di queste conferme che egli non si chiede davvero se il lavoro gli piaccia, se lo soddisfi, e nemmeno si pone la domanda se provi qualche emozione reale verso la donna che sta frequentando. Non è questo il momento di porsi queste domande, ora lui deve "pensare a sé stesso". L'idea di rischiare di innamorarsi lo mette in difficoltà, arriva a pensare che il sentimento sarebbe un ostacolo al suo percorso e che potrebbe portarlo

alla ricaduta.

F. Diventa molto abile nell'utilizzare alcune strategie di coping ogni qual volta il craving fa capolino. Succede più spesso quando lui va a trovare i suoi familiari e così facendo si riavvicina ai posti che lo hanno visto perdersi nella sostanza. In quei casi evita le situazioni più elicitarie, riduce al minimo l'esposizione ad esse. Altre volte succede quando nella sua stanza, in comunità, in uno dei frequenti momenti non strutturati dagli operatori, egli si annoia e si sente perso in fantasie che lo sorprendono e lo spaventano. F. reagisce attivandosi per togliersi dalla testa quelle cattive idee; va a correre, a nuotare o a pedalare. Il fatto che l'attività fisica aiuti a ridurre l'impatto di quei pensieri lo porta alla convinzione che quei pensieri negativi non abbiano valore. Si occupa con zelo della propria responsabilità comunitaria. I compagni di percorso apprezzano i risultati che F. ottiene: vedono in lui un gran lavoratore, una persona che è riuscita a trovare una relazione sentimentale, che è al tempo stesso disponibile e pronto a dare una mano in comunità. F. racconta in gruppo come si attiva per fronteggiare il craving, come sia preoccupato di non farcela ma nonostante ciò tenga duro, come sia necessario lottare. Diventa un modello per il gruppo.

Dopo qualche mese F. Inizia a sentire che, nonostante tutte le aree del percorso comunitario siano sotto controllo ed egli abbia un progetto realistico per il suo futuro, cosa che anche gli operatori confermano, c'è qualcosa che non va. Egli inizia a credere a una frase che ha sentito spesso in comunità: "Quando le cose vanno troppo bene, devo rovinarle". Riconosce qualcosa di perverso e stupido in questo suo immaginato modo di agire e giunge alla conclusione che i suoi malesseri sono stupidaggini che non devono essere ascoltate. La cosa è facile da credere perché all'inizio il malessere non prende la forma di craving, ma solo di malumore e insoddisfazione. L'abitudine a evitare i vissuti negativi, proprio perché considerati non degni di attenzione, aumenta il malessere. Ritorna l'abitudine contratta in passato, del tutto al di fuori della volontà e della possibilità di controllo di F.: la fantasia in cui lui usa la cocaina, facile da respingere all'inizio, poi arrivano i sogni, che diventano incubi, poi ancora fantasie, sempre più realistiche. Chiede aiuto agli operatori, ha bisogno di rassicurare loro, e quindi sé stesso, di poter fare fronte al desiderio utilizzando le strategie di coping che ha imparato sinora, grazie alla comunità, fino a che un giorno F. è travolto da un desiderio incontenibile. Senza quasi rendersi conto di quello che sta facendo, esce dalla comunità e fa quello che si era detto non avrebbe mai fatto. La notte non rientra in comunità. Il giorno dopo il senso di fallimento è schiacciante. La cosa più tremenda è la considerazione che lui non è stato in grado di utilizzare le strategie di coping per evitare la ricaduta, sarebbe bastato chiedere aiuto, fermarsi, ma non lo ha fatto. F. non si rende conto che, ancora una volta, vede sé stesso come qual-

cuno che non è stato all'altezza delle (sue) aspettative. L'unica cosa possibile è considerare sé stesso un incompetente. Non c'è speranza, quindi conviene lasciare perdere tutto e accettare il fatto che solo con la sostanza potrà riuscire a non fallire. F. finisce col credere inconsapevolmente a un assurdo paradosso: se non avesse osato pensare di poter farcela senza l'aiuto delle sostanze, non sarebbe ricaduto!

Intervento sul craving

Nel percorso descritto sopra è mancato qualcosa di importante, qualcosa che rischia di mancare molto spesso nei percorsi comunitari e che nel caso di persone caratterizzate da una forte propensione all'auto-prescrizione, rischia di rendere il percorso di affrancamento dalla dipendenza patologica molto più difficile di quello che già è.

Il tema centrale della Recovery nelle dipendenze è il rapporto intimo che la persona vive con il proprio craving, tema che molto facilmente viene evitato in modo sottile. Rispetto a questo tema, proponiamo un modo di affrontare l'esperienza che mette l'attenzione sulla differenza tra la gestione dei pensieri e delle azioni che seguono al craving, e che possono portare all'assunzione di sostanze, e l'osservazione aperta e curiosa dell'esperienza che genera, direttamente o indirettamente, il craving.

È una modalità che è volta all'interno per quanto riguarda l'esplorazione delle emozioni, dei pensieri, delle fantasie e dei ricordi, volta all'esterno per quanto riguarda i comportamenti e le relazioni con gli altri.

Si tratta di due processi complementari, di natura diversa e non sostituibili tra loro, che portano in direzioni opposte ma che si influenzano a vicenda. Potrebbero e dovrebbero integrarsi per permettere alla persona di continuare un lavoro di esplorazione interiore, limitando i rischi che seguono ai momenti di inevitabile crisi che lo sforzo di affrancamento dalla dipendenza comporta.

Il primo passo che viene compiuto dall'équipe per facilitare il lavoro di esplorazione sul craving è chiarire che la ricaduta è una possibilità che si può verificare nel percorso, e che facilmente si potrà presentare dopo la sua conclusione, anche in quei casi in cui tutto, in comunità, è andato nel migliore dei modi.

L'obiettivo reale non è quello di rendere il paziente immune da future ricadute, quanto quello di fare in modo che la probabile ricaduta non sia vissuta in modo talmente catastrofico da distruggere tutto quello che è stato costruito, sempre fragile e mai sufficiente. La vera catastrofe non è infatti la ricaduta ma la reazione catastrofica alla ricaduta.

La ricaduta è ovviamente da evitare, ma se dovesse accadere, l'équipe ha il dovere di aiutare il paziente a elaborarla e a darle un senso, in modo che sia possibile

per lui comprendere sempre più il processo che porta al craving stesso ed essere in grado di gestirlo sempre meglio in autonomia, dopo la dimissione. Perché ciò sia possibile, è necessaria la collaborazione del paziente che si traduce nella scelta di non nascondere l'eventuale ricaduta e di considerarla come un problema su cui è urgente lavorare: come qualcosa che va accettato, compreso e corretto.

L'apprendimento e l'utilizzo delle strategie di coping

In questa prima fase è spesso utile concentrarsi sulle strategie di coping.

L'urgenza è evitare che al craving, che può essere facilitato da alcune scoperte sgradevoli riguardo se stessi (molto spesso si tratta della maggior difficoltà a rispondere al mondo esterno di quanto si era immaginato di essere in grado di fare) segua l'immediato soddisfacimento del desiderio tramite l'azione (la famigerata ricaduta). Rispetto a questo problema è necessario avere un repertorio di strategie di coping vario, efficiente ed efficace. Nella fase di reinserimento le strategie devono essere chiare, semplici e facili da utilizzare. Una parte del nostro lavoro è definire insieme al paziente quali possano essere. Le persone più avanti nel percorso, nei momenti di gruppo, sono spesso in grado di portare esempi molto concreti e personali, che diventano dei modelli per le persone meno esperte.

Il problema dell'alcool merita un'attenzione particolare e unica: si tratta infatti di una sostanza che è socialmente accettata, che si presenta nei momenti di socializzazione più piacevoli, e che facilita la disinibizione necessaria per avere momenti di contatto più diretto con gli altri.

Gli ospiti di tutte le nostre strutture non possono assumere alcool. Frequenti sono i casi in cui l'utenza fa riferimento al rapporto con l'alcool. Diventa necessario, se si vuole costruire nuove relazioni, avere a che fare con persone che consumano alcool in modo socialmente accettabile, accettando sia di esporsi a un moderato craving ed essendo pronti, al tempo stesso, ad attivare le strategie che potrebbero essere necessarie per evitare di assumere alcool.

La complessità e raffinatezza delle strategie di coping dovrebbero crescere con il passare del tempo. Se alle prime uscite è accettabile la fuga come unica strategia, non lo sarà più al termine del percorso.

L'obiettivo è quello di perfezionare l'uso delle strategie fino a utilizzare quelle meno invasive rispetto al contesto, in poche parole non si può sempre scappare dall'alcool, ma imparare a motivare la propria astinenza in modo semplice e naturale, senza mostrare imbarazzo. In genere più le strategie diventano naturali, più contribuiscono a fare sentire la persona a suo agio. Nell'abituare la persona a gestire contesti in cui l'alcool è presente, si agisce indirettamente su un punto

nascosto e molto vulnerabile, cioè quella parte di identità che è ancora attratta dall'alcool, o più specificamente, da un certo modo di intendere il divertimento, confuso spesso con il benessere.

L'esplorazione del craving

Se è facilmente comprensibile il lavoro sulle strategie di coping, meno immediato è realizzare la possibilità di esplorare l'esperienza del craving, invece di evitarla, al fine di aumentare lo spazio di consapevolezza e accedere a punti di vista su di sé e sugli altri che sono nascosti.

Ritornando al caso fittizio di F., si potrà facilmente notare che nel suo percorso è mancata del tutto questa parte: il craving è sempre stato affrontato frontalmente come un ostacolo da respingere, non si è mai considerata la possibilità che quelle fantasie, pensieri, emozioni, potessero avere in sé qualcosa di utile e persino di prezioso.

Molto spesso lo sforzo richiesto è la ricostruzione, a posteriori, da attuare tramite un atto deliberato di memoria, di un processo, con l'obiettivo di richiamare quello che è accaduto immediatamente prima della manifestazione del craving.

Questo sforzo non è indirizzato a trovare una causa specifica del craving, meglio evitare la seduzione del pensiero lineare e dei rapporti di causa effetto, cerci si muove infatti su un terreno più mobile dove operano molti elementi tra loro interconnessi, in cui ognuno di essi è al tempo stesso causa ed effetto. L'intuizione del paziente, che deve essere incoraggiata, è centrale, come fondamentale l'atteggiamento aperto e validante dell'operatore.

Il ricordo dovrà diventare sempre più inclusivo e scevro da un atteggiamento di giudizio a priori, che molto frequentemente esclude degli aspetti dell'esperienza perché giudicati non rilevanti, non sufficientemente drammatici. Spesso il craving è generato da esperienze talmente banali da essere del tutto censurate da chi le ha vissute. Porto un esempio di un dialogo reale avvenuto tra me e un paziente:

S. "Ti ricordi cosa stava succedendo, o a cosa stavi pensando prima che sentissi il craving?"

P. "Nulla, il craving è venuto dal nulla"

S. "Sinceramente non è credibile che prima non ci fosse nulla, non è psicologicamente possibile. Forse intendi dire che non c'era nulla di significativo a cui stavi pensando?"

P. "Non c'era nulla di che, erano stupidaggini, nulla di importante"

S. "Ok. Per un attimo sospendi il giudizio sull'esperienza e ricorda a cosa stavi pensando, senza preoccuparti della banalità dei tuoi pensieri."

P. "Va bene. Però è una stupidaggine, (vince l'imbarazzo) avevo notato che forse stava venendomi un po' di raffreddore, ma non è possibile che una cosa del genere possa farmi venire la voglia di farmi (si arrabbia con sé

stesso)"

S. "Ok. Come ti fa sentire l'idea di avere il raffreddore? Che conseguenze avrebbe per te?"

P. "Non voglio ammalarmi, avere problemi col lavoro, mi dovrei fermare e ora non voglio farlo: ho appena ripreso a sentirmi attivo e produttivo e non voglio che qualcosa vada storto. La cosa mi fa arrabbiare."

Come spero si possa intuire da questo esempio, la difficoltà sta nell'evitare di reagire rifiutando il craving, nel non seguire il pregiudizio che un effetto "forte" debba essere preceduto da una causa della stessa intensità. Lo scopo è quello di aiutare le persone a considerare la loro esperienza come qualcosa di complesso e di non predefinito.

Accettare in modo ricettivo l'esperienza amplia enormemente l'ambito di esplorazione, che diventa un'esplorazione di se stessi, della propria storia personale e può portare alla scoperta della propria reattività, di solito volta a negare la sofferenza.

Nel caso sopra esposto, si apre la possibilità di accogliere la propria fragilità (il raffreddore simbolizza una reale e dolorosa storia di limitazioni date da problemi fisici vissuti sin dai primi anni di vita) invece di considerarla come qualcosa da mettere da parte.

Questo tipo di approccio può portare a una scoperta molto importante: cioè che l'atteggiamento di rifiuto della propria condizione di dipendenza, negata in molti modi diversi, è anche la negazione di alcune parti di sé, che anche se fragili sono preziose e necessarie. La negazione di queste parti conduce a una mancata integrazione, a un blocco evolutivo, che oltre a depotenziare l'individuo non rende possibile la crescita e il cambiamento. Conduce al malessere descritto nella storia di F.: un malessere che sembra senza senso solo perché si segue inconsapevolmente la decisione di negarne le origini.

L'ostacolo più grande a questo lavoro di osservazione è la paura della sofferenza che, inevitabilmente, sarà prodotta dall'incontrare le proprie parti fragili. Se il contesto comunitario, co-costruito dagli operatori e dagli ospiti, non è sufficientemente contenitivo ed accettante, se continua a vedere il craving e la ricaduta come qualcosa da stigmatizzare e da cui doversi ritenere aprioristicamente immuni, se non è presente un'opposizione alla naturale tendenza del gruppo a proiettare sul paziente che mostra difficoltà le proprie parti disfunzionali negate, il risultato rischia di essere l'opposto di quello desiderato: cioè di portare le persone a immaginare di essere in grado di gestire la propria dipendenza, quando invece la dipendenza è tale proprio perché non può essere controllata. Serve a ben poco "avere capito" se quella comprensione non è di aiuto a un confronto diretto con il proprio mondo interiore. In questo caso si rischia di portare inconsapevolmente gli ospiti verso una serie di intellettualizzazioni

difensive, usate spesso in buona fede, che nel breve periodo portano all'illusione di un cambiamento anche negli operatori, oltre che nel gruppo degli utenti.

Conclusioni

Non è possibile tradurre i risultati di questo approccio in numeri, è possibile però riportare i cambiamenti che abbiamo notato negli ospiti rispetto al tema della ricaduta e del craving. Da argomento nascosto, condiviso quasi clandestinamente, lontano dalle orecchie degli operatori ed espresso qualche volta nei colloqui individuali, è diventato il tema centrale del lavoro in comunità nella maggior parte dei casi. È diventato un elemento visibile che permette di discriminare tra chi affronta il percorso in vista di un reale cambiamento e chi non è nelle condizioni di poterlo o volerlo fare.

In un recente momento di gruppo, un paziente ha chiarito le modalità di una sua ricaduta, avvenuta in comunità sei mesi prima, trovando il coraggio, per la prima volta, di spiegare come quella ricaduta fosse stata pianificata per avere una risposta, per verificare se l'uso della sostanza lo avrebbe riportato alla sua vecchia identità, potente e non curante della sofferenza. L'esperienza gli ha mostrato qualcosa di molto diverso: il risultato è stata ulteriore sofferenza e frustrazione. Per quanto possa essere difficile da accettare, è possibile che questa esperienza sia stata in realtà un momento di apprendimento importante, necessario per accettare il fatto che il percorso comunitario porta a un cambiamento irreversibile. Come ha detto un altro paziente nello stesso momento di gruppo, non si può sapere con esattezza a quale nuova identità porterà l'astensione dalle sostanze; al tempo stesso non è più possibile ritornare al passato.

Dal nostro punto di vista, quello che cogliamo quotidianamente è una maggior disponibilità degli ospiti a lasciare cadere il mito, comunque ancora persistente, del "Non posso più usare le sostanze, l'ho capito e quindi non ricadrò mai più" e una conseguente maggior capacità di entrare nel merito, più realisticamente, del proprio rapporto con le sostanze.

Area tematica 24

ESPERIENZE DI FORMAZIONE E REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO, CON PARTICOLARE ATTENZIONE AGLI UNDER 25

24.1

SCRIVERE UNA SCENEGGIATURA CON GIOVANI UTENTI DI UN SERT

Bolongaro G.*[1], Longoni L.[1], Salvel J.[2]

[1] UOC Servizi Dipendenze Sert Rho (Mi) via G. Casati 45 ASST-Rhodense ~ Rho (Mi) ~ Italy, [2] ~ Rho (Mi) ~ Italy

Una sceneggiatrice e un film-maker professionisti conducono una troupe di giovani utenti del Sert. Considerando la sempre più giovane età dei consumatori di sostanze stupefacenti e la resistenza da parte di questi giovani a rivolgersi ai nostri servizi, troppo spesso vissuti come stigmatizzanti, riteniamo che favorire un approccio proattivo che offra, al di là delle necessarie terapie farmacologiche e psicoterapeutiche, esperienze alternative di trattamento possa essere una strategia efficace per migliorare l'accessibilità e quindi facilitare percorsi di prevenzione e trattamento precoce per i potenziali giovani utilizzatori.

In questa ottica abbiamo pensato ad un lavoro di gruppo, una vera "troupe cinematografica", che coinvolgesse una sceneggiatrice e un film-maker professionisti per scrivere con gli utenti del Sert una sceneggiatura cinematografica.

Tale progetto ha previsto un approccio formativo, e si spera lavorativo, in tema di storytelling.

Prospettive future riguarderanno la ricerca di finanziamenti sia in direzione sia fumettistica che cinematografica.



Con il contributo incondizionato di

