

Nuova

Alcolologia

RIVISTA QUADRIMESTRALE

Dai problemi alcol correlati alla promozione della salute

Publicata con il patrocinio della Società Italiana di Alcolologia e di Eurocare Italia

Alcolologia

Editor-in-chief: Valentino Patussi

Deputy editor-in-chief: Donatello Cirone

Assistant Editors

Fabio Caputo, Emanuele Scafato, Gianni Testino

Advisory Board

Donatello Cirone (AOU Careggi/ CART)

Chiara Cresci (SOD Alcologia AOU Careggi)

Franco Marcomini (Eurocare Italia)

Tiziana Fanucchi (SOD Alcologia AOU Careggi)

Andrea Quartini (SOD Alcologia AOU Careggi)

Raffaella Rossin (Referente SIA)

Fabio Voller (ARS Toscana)

Tobacco Section Chief

Mateo Ameglio, Giuseppe Gorini

Gambling Section Chief

Adriana Iozzi, Aniello Baselice

Nutrition Section Chief

Andrea Ghiselli, Francesco Sofi

English Section Chief

Fabio Caputo

Traslation inglese/italiano

Marcus Perryman

Editorial Office

Martina Cianti

Past Editor

Giovanni Gasbarrini, Remo Naccarato, Mario Salvagnini, Giuseppe Francesco Stefanini, Calogero Surrenti

International editorial board

Henry-Jean Aubin, Jonathan Chick, Michel Craplet, Philippe DeWitte, James C. Garbut, Antoni Gual, Paul Haber, Susumo Higuchi, Evgeny Krupitsky, Lorenzo Leggio, George Kenna, Otto Michael Lesch, Jannis Mouzas, Jurge Rehm, Katrin Skala, Rainer Spanagel, Robert Swift, Nicolas Tzavaras, Henriette Walter, Marcin Wojnar, Tomas Zima

National editor board

PierLuigi Allosio, Giovanni Addolorato, Roberta Agabio, Maria Francesca Amendola, Patrizia Balbinot, Claudio Annovi, Giovanni Aquilino, Mauro Bernardi, Mauro Cibir, Roberto Ciccocioppo, Paolo Cimarosti, Giancarlo Colombo, Giuseppe Corlito, Giovanni Corrao, Elia Del Borrello, Cristina Di Gennaro, Marco Domenicali, Angelo Fioritti, Diego Fornasari, Lucia Golfieri, Giovanni Greco, Simona Guerzoni, Luigi Janiri, Ina Hinnenthal, Ilaria Londi, Mario Maggi, Filomena Maggino, Patrizia Malaspina, Franco Marcomini, Fabio Marra, Giovanni Martinotti, Cristina Meneguzzi, Davide Mioni, Maria Cristina Morelli, Luca Morini, Antonio Mosti, Umberto Nizzoli, Andrea Noventa, Daniela Orlandini, Giuseppe Palasciano, Michele Parisi, Raimondo Pavarin, Francesco Piani, Luigi Alberto Pini, Antonio Daniele Pinna, Massimo Pinzani, Doda Renzetti, Fabio Roda, Raffaella Rossin, Maria Teresa Salerno, Bruno Sciutteri, Stefano Taddei, Federica Vigna-Taglianti, Teo Vignoli, Valeria Zavan

Local editorial board

Mateo Ameglio, Ioannis Anifantakis, Gabriele Bardazzi, Marco Becattini, Massimo Cecchi, Valerio Cellesi, Ugo Corrieri, Paolo Costantino, Paolo Eduardo Dimauro, Fabrizio Fagni, Susanna Falchini, Fabio FalomI, Angela Guidi, Guido Guidoni, Guido Intaschi, Adriana Iozzi, Dino Lombardi, Mario Lupi, Antonella Manfredi, Henry Margaron, Milo Meini, Daniela Monali, Donatella Paffi, Patrizia Panti, Mario Pellegrini, Ellena Pioli, Andrea Quartini, Lamberto Scali, Graziella Soluri, Maura Tredici, Paola Trotta, Tommaso Vannucchi, Maurizio Varese

INDICE

Gianni Testino	9
SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA INSERIMENTO NELL'ELENCO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE ACCREDITATE	
Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone	12
ALCOL E TASSAZIONE, NECESSITÀ E URGENZA DELLE PIÙ EFFICACI MA CONTRASTATE MISURE DELLE POLITICHE DI PREVENZIONE PER RIDURRE LA MORTALITÀ PER CANCRO E I RISCHI PER LA SALUTE CAUSATI DALL'ALCOL IN EUROPA E IN ITALIA	
Claudia Gandin, Aniello Baselice, Carmine Acconcia, Ciro Armenante, Silvia Ghirini, Antonietta Grandinetti, Lucia Iuliano, Carmela Lamanna, Alice Matone, Giovanna Napolitano, Sabrina Palumbo, Maria Rosaria Sorrentino, Antonio De Luna, Emanuele Scafato	20
LA FORMAZIONE SULL'IDENTIFICAZIONE PRECOCE E L'INTERVENTO BREVE E LE ATTIVITÀ PER LA CREAZIONE DI UNA RETE AZIENDALE PER I DISTURBI DA USO DI ALCOL E ALTRE ADDICTION: IL PROGETTO COLLABORATIVO ISS-OMS PER LA RETE IPIB DELL'ASL SALERNO	
Patrizia Balbinot, Gianni Testino, Annalisa Allazzetta, Elsa Casazza, Gabriele Sorrenti	33
DISTURBI DA USO DI ALCOL: E ALL' "ADDICTION" CHI CI PENSA?	
Andrea Quartini, Valentino Patussi	54
DOPPIA DIAGNOSI O COMPLESSITÀ DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA? UNA LETTURA CRITICA.	
Mariano Quartini, Antonio Lotito	59
EPATOPATIA ALCOL CORRELATA: STATO DELL'ARTE	
Antonio Di Biagio, Lorenzo Crupi, Lucia Taramasso	63
LA TERAPIA ANTIVIRALE NEI PAZIENTI CON DISORDINE DA USO DI ALCOOL E CO- INFEZIONI DA VIRUS HBV, HCV E HIV	
Roberta Agabio	69
BACLOFEN E DISTURBO DA USO DI ALCOL	
Rinaldo Pellicano:	74
ENCEFALOPATIA EPATICA: INQUADRAMENTO E TRATTAMENTO NEI PAZIENTI CON CIRROSI EPATICA ALCOLICA	
Teo Vignoli, Maria Francesca Amendola, Fabio Caputo	80
Confronto tra società scientifiche per la valorizzazione della alcologia in Italia	

Giulia Franceschini, Adriana Iozzi	84
DISFUNZIONI DI PENSIERO NEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO	
Tiziana Luchini, Lucia Coco,	94
GRUPPO JOKER: UN ASSO NELLA MANICA	
Giovanni Battista Modonutti, Costantinides Fulvio	100
I DETERMINANTI LA SPERIMENTAZIONE, IL VISSUTO, LE OPINIONI E LA PERCEZIONE DEL RISCHIO NEI CONFRONTI DEL FUMO, DEL TABACCO ESPRESSI DAGLI ADOLESCENTI IN FRIULI-VENEZIA GIULIA (AS 2018/2019).	

Alcologia intende promuovere uno scambio di opinioni e di informazioni su patologie e problemi alcol-relati, comportamenti e stili di vita. Particolare attenzione viene data a questi argomenti dal punto di vista medico, sociologico, psicologico, epidemiologico economico, legale e di igiene pubblica. La rivista pubblica articoli originali, la loro pubblicazione è di competenza del Comitato di Redazione e degli Esperti, individuati di volta in volta, che collaborano nella valutazione dei testi. Alcologia ha sottoscritto il Farmington Consensus Statement, pertanto anche gli autori degli articoli sono tenuti al rispetto dei principi in esso contenuti.

Inoltro dei lavori

I lavori, in lingua italiana o in inglese, dovranno essere all'indirizzo e-mail rivistaalcologia@aou-careggi.toscana.it

(Referenti Dr. Valentino Patussi e Dr.ssa Tiziana Fanucchi).

In caso di accettazione tutto il materiale pubblicato resterà di proprietà esclusiva della rivista e sarà sottoposto alla revisione editoriale.

Per ogni articolo i tempi di validazione scientifica saranno contenuti entro le 12 settimane, qualora la revisione del testo comporti un riesame completo, la risposta sarà inoltrata entro 4 settimane.

La pubblicazione dei contributi avverrà entro 12 mesi dal loro invio.

I lavori non pubblicati verranno restituiti agli Autori.

Si raccomanda di conservare una seconda copia del lavoro, in quanto la Rivista non si ritiene responsabile dell'eventuale smarrimento dell'originale.

Norme editoriali

✓ **Editoriali:** non devono superare i 15.000 caratteri e devono essere così strutturati:

Carattere Helvetica 11 spazio 1,5

1. titolo
2. cognome e nome dell'autore, qualifica, indirizzo a cui inviare la corrispondenza (anche e-mail)
3. presentazione o premessa
4. oggetto della trattazione
5. discussione
6. conclusioni
7. bibliografia in ordine di citazione nel testo

✓ **Articoli:** non devono superare i 30.000 caratteri e devono essere così strutturati:

1. Pagina introduttiva

- Titolo del lavoro
- Cognome e nome degli autori
- Istituti di appartenenza
- Cognome e nome, indirizzo, numero di fax e indirizzo e-mail dell'Autore a cui dovrà essere inviata la corrispondenza

2. Riassunto e parole chiave, in italiano e in inglese

Deve essere conciso, comunque inferiore ai 1.000 caratteri, e riportare gli scopi, i risultati e le conclusioni del lavoro. Evitare abbreviazioni, note in calce, riferimenti bibliografici. Vanno completati con le parole chiave, in italiano ed in inglese.

3. Testo dell'articolo

- introduzione
- materiale e metodi
- risultati
- discussione
- conclusioni

4. Bibliografia

- Le voci bibliografiche andranno numerate nell'ordine in cui vengono citate nel testo.
- Quelle riguardanti riviste dovranno essere complete di: cognome, iniziale del nome degli autori, titolo completo del lavoro, nome abbreviato della rivista, volume, prima e ultima pagina, anno di pubblicazione
(es. Kaufman R.H.: Livercopper levels in liver disease. Studies using neutron analysis. Am. J. Med., 65, 607-613, 1978).
- Quelle riguardanti libri, invece, dovranno essere complete di: cognome e iniziale del nome degli Autori, titolo completo del lavoro, titolo del libro in cui è contenuto il lavoro, curatore, casa editrice, eventuali pagine, anno di pubblicazione (es. Weistein M.C., Fineberg H.V.: Clinical diagnostic process: an analysis. In Clinical decision analysis. Eds: Glambos J.T., Williams R., Saunders W.B., Philadelphia, 4-8, 1984).
- Nel caso di citazioni relative a pubblicazioni di atti: titolo, a cura di (cognome ed iniziale nome), casa editrice, pagine citate, anno di pubblicazione (es. Atti Consensus Conference sull'Alcol-Società Italiana di Alcologia, a cura di Ceccanti M., Patussi V., Scientific Press s.r.l. (FI), p. 49, 1995).
- La bibliografia può contenere un elenco dei Siti web consultati con la denominazione dell'ente di riferimento o persona fisica (es. Nel caso di Blog) e la data dell'ultima consultazione (gg/mm/aaaa).
- Esempio di corretta formulazione: Siti web consultati: www.alcolonline.it ultima consultazione 8/02/2019.

5. Figure e tabelle

- Figure e tabelle dovranno essere numerate con numeri arabi e citate nel testo
- Ogni figura deve avere la propria legenda, breve e specifica

✓ **Altri contributi** (segnalazioni, recensioni, documenti, lettere): Non devono superare i 5.000 caratteri.

Note

L'Editore non può essere ritenuto responsabile per errori o qualunque azione derivante dall'uso di informazioni contenute nella rivista; le opinioni espresse non riflettono necessariamente quelle dell'Editore. È condizione necessaria per la pubblicazione che gli articoli inviati non siano già stati pubblicati altrove e che non vengano inviati contemporaneamente ad altre testate.

Gli articoli pubblicati sono coperti da Copyright, pertanto qualunque forma di riproduzione, totale o parziale, deve essere autorizzata dall'Editore con documento scritto.



XXVII CONGRESSO NAZIONALE
SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA

DIGITAL EDITION



ALCOLOGIA IN ERA SARS-COV-2



19 NOVEMBRE 2021



INFORMAZIONI SCIENTIFICHE

Responsabili Scientifici

Gianni Testino, *Presidente*
Fabio Caputo, *Vice-Presidente*

Comitato Scientifico

Roberta Agabio, *Cagliari*
Maria Francesca Amendola, *Cosenza*
Patrizia Balbinot, *Genova*
Vito Antonio Campanile, *Bari*
Fabio Caputo, *Ferrara*
Claudia Gandin, *Roma*
Paolo Marzorati, *Milano*
Andrea Quartini, *Firenze*
Mariano Quartini, *Terni*
Gianni Testino, *Genova*
Teo Vignoli, *Lugo (RA)*
Valeria Zavan, *Alessandria*

Faculty

Roberta Agabio, *Cagliari*
Maria Francesca Amendola, *Cosenza*
Patrizia Balbinot, *Genova*
Fabio Caputo, *Ferrara*
Matteo Cescon, *Bologna*
Antonio Di Biagio, *Genova*
Guido Faillace, *Trapani*
Silvano Gallus, *Milano*
Claudia Gandin, *Roma*
Valentino Patussi, *Firenze*
Rinaldo Pellicano, *Torino*
Andrea Quartini, *Firenze*
Mariano Quartini, *Terni*
Doda Renzetti, *Bari*
Emanuele Scafato, *Roma*
Gianni Testino, *Genova*
Teo Vignoli, *Lugo (RA)*
Valeria Zavan, *Alessandria*

ECM - Educazione Continua in Medicina

MCC srl, Provider ECM n. 1726, ha accreditato l'evento n. 1726-333471 per la **Professione Medico Chirurgo** discipline: Chirurgia Generale, Farmacologia e Tossicologia Clinica, Gastroenterologia, Geriatria, Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Malattie Infettive, Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Medicina Generale (Medici di Famiglia), Medicina Interna, Neurologia, Oncologia, Psichiatria, Scienza dell'Alimentazione e Dietetica e per le **Professioni Psicologo, Dietista, Educatore Professionale, Infermiere**, attribuendo n. 4,5 Crediti Formativi.

Si rende noto che, ai fini dell'acquisizione dei Crediti Formativi, è **indispensabile** partecipare all'evento collegandosi alla piattaforma on line agli orari prestabiliti dal programma formativo e compilare il questionario di valutazione ECM che sarà disponibile on line per tre giorni dalla data di conclusione dell'evento.

Con il Patrocinio di



Università
degli Studi
di Ferrara



FeDerSerD
FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

SIMI
SOCIETÀ ITALIANA
DI MEDICINA INTERNA
Patrocinio



Contributo SIA alla Settimana di prevenzione sui danni alcol-correlati
European Awareness Week on Alcohol Related Harm AwarH
15-19 Novembre 2021 - www.awarh.eu

PROGRAMMA SCIENTIFICO

14.00 Saluto di apertura e introduzione ai lavori

Fabio Caputo, Gianni Testino

14.05 Trattamento della sindrome da astinenza protratta: nuove acquisizioni

Fabio Caputo, Silvano Gallus

I SESSIONE

Moderatori: Fabio Caputo, Gianni Testino

14.20 Alcol, i nuovi rischi dell'era post Covid-19 e le sfide da affrontare: la settimana europea di consapevolezza AWAARH

Emanuele Scafato

14.35 La riorganizzazione dei servizi

Maria Francesca Amendola

TAVOLA ROTONDA

14.50 Una posizione congiunta fra SIA, FeDerSerD, SITD e: in attesa della Conferenza Nazionale Alcol

Intervengono: Guido Faillace, Teo Vignoli, Valeria Zavan

LETTURA

15.10 Doppia diagnosi in Alcologia

Valentino Patussi, Andrea Quartini

15.30 Break

II SESSIONE

Moderatori: Claudia Gandin, Doda Renzetti

15.35 Epatopatia alcol correlata: stato dell'arte

Mariano Quartini

15.50 Alcol, HCV, HBV, HIV: recenti acquisizioni

Antonio Di Biagio

16.05 SARS-Cov-2 e patologia epatica

Gianni Testino

16.20 Terapia farmacologica nel paziente epatopatico

Fabio Caputo

16.35 Baclofen e disturbo da uso di alcol

Roberta Agabio

16.50 Gestione dell'auto mutuo aiuto e dei caregiver familiari in epatologia

Patrizia Balbinot

17.05 Gestione dell'encefalopatia epatica in un paziente cirrotico da disturbo da uso di alcol

Rinaldo Pellicano

17.20 Trapianto di fegato in era COVID-19

Matteo Cescon

17.35 Questions & Answers

17.50 Take home messages

Fabio Caputo, Gianni Testino

18.00 Conclusioni e chiusura del Congresso

Gianni Testino, Presidente Nazionale Società Italiana di Alcologia, Bologna
(<http://www.alcologiaitaliana.com/>)

SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA

INSERIMENTO NELL'ELENCO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE ACCREDITATE

Dopo quattro anni dall'insediamento dell'ultimo direttivo della Società Italiana di Alcologia (SIA) (1° dicembre 2017 a Firenze) è stato ottenuto con determina 0047944-P-23/09/202123 del Ministero della Salute l'inserimento della SIA nell'elenco delle società scientifiche e delle Associazioni Tecnico-Scientifiche accreditate per produrre raccomandazioni/ linee guida.

Ringrazio il direttivo, il comitato scientifico, i revisori, i garanti e i delegati regionali: tutti insieme siamo riusciti in questo risultato che consente alla nostra società scientifica di dialogare a testa alta con le altre società scientifiche e con altre Istituzioni.

Altresì ringrazio i *past-president* Valentino Patussi ed Emanuele Scafato che ci hanno fornito le premesse per il raggiungimento di questo obiettivo.

D'altra parte, la SIA ha una storia importante che non poteva essere tradita.

La natura della SIA è scientifica. Senza questa base non si è autorevoli quando ci si confronta con le altre realtà e in particolare con i decisori politici.

Attraverso l'evidenza scientifica abbiamo il dovere di superare vecchi schemi e di definire meglio i confini di una disciplina che si prefigge di occuparsi in termini di cura, riabilitazione e prevenzione una problematica che coinvolge secondo i criteri del DSM-V il 20% della popolazione maschile e il 10% di quella femminile. Numeri elevati che coinvolgono tutte le discipline mediche e tutte le attività socio-sanitarie con costi per la comunità estremamente elevati (già calcolata in Italia una spesa di 125 miliardi di Euro) [1].

La natura scientifica della SIA si è declinata in questi quattro anni in alcune pubblicazioni elaborate come Position paper/linee guida su prestigiose riviste internazionali [2-7]. Tale lavoro non sarebbe stato possibile senza l'impegno e la preparazione scientifica del Vice-Presidente Fabio Caputo.

Dal lato della politica sanitaria la posizione della SIA è sempre stata quella di separare le realtà alcolologiche dall'area della salute mentale. Le conoscenze alcolologiche sono infatti ben definite e non possono essere soffocate dalla dominante cultura psichiatrica [2]. Le competenze psichiatriche sono necessarie, ma non dominanti. Sono solo parte di un tassello che si inserisce in una più complessa attività multidisciplinare [2]. Su questo punto, tuttavia, abbiamo ricevuto qualche critica da componenti di professioni non mediche che in questi quattro anni si sono sentite trascurate. Certamente su questo cercheremo di migliorare.

Un altro aspetto di politica sanitaria che in questi anni la SIA ha perseguito con forza è quello di creare delle equipe alcologiche non solo staccate dalla salute mentale, ma autonome all'interno dei dipartimenti per le dipendenze o di medicina specialistica in sede ospedaliera [2]. Questo aspetto la SIA lo sta condividendo con altre realtà scientifiche del settore (FederSed e Società Italiana per le Tossicodipendenze). Di questo si occupano Maria Francesca Amendola e Teo Vignoli. Il lavoro svolto è ottimo e i risultati preliminari sono confortanti. Se tutti facciamo un passo in dietro a guadagnarci saranno pazienti e famiglie.

Da sottolineare che la SIA ha favorito la pubblicazione di lavori che ci hanno fatto riflettere su come operare un cambiamento di visione nel settore alcologico cercando non a parole, ma nei fatti un reale coinvolgimento nel percorso assistenziale dei familiari *caregivers* e delle associazioni di auto mutuo aiuto [8].

Su questo sono stati accolti con favore alcuni spunti dall'area socio-sanitaria e in particolare da parte di Patrizia Balbinot. L'introduzione del facilitatore ai gruppi e la formazione del familiare che si prende cura – *caregiver* informale - (ancora in via sperimentale) in associazione al tradizionale percorso farmacologico e psicoterapico potrebbe consentire risultati a lungo termine significativamente migliori e con costi più bassi. I risultati preliminari sono soddisfacenti. Anche quest'attività va inserita nel perimetro interdisciplinare [9, 10].

È un'attività impegnativa, tanto conosciuta, quanto innovativa in quanto ben sappiamo che solo una minoranza di pazienti e famiglie viene coinvolto in questo tipo di percorso (meno del 5% frequenta in modo costante i gruppi di auto mutuo aiuto, secondo i dati della Relazione al Parlamento del 2019).

Infine, la SIA ha il compito di promuovere stili di vita corretti attraverso programmi di comunità con particolare riferimento ai giovani, i veri depositari del cambiamento [11].

Si potrebbero dire ancora molte cose. Certamente cercheremo di lavorare per dare sempre maggiore dignità alla nostra attività ancora troppo spesso bistrattata e poco riconosciuta dai decisori politici e purtroppo talvolta anche dal nostro stesso mondo sanitario.

Per Corrispondenza

Società Italiana Alcologia Bologna: info@mccstudio.org

Bibliografia

1. Anderson P, Blumberg B. Alcohol in Europe – A Public health perspective. A report for the European Commission. Institute of alcohol studies, UK, June 2006
2. Testino G, Bottaro LC, Patussi V. et al. Addiction disorders: a need for change. Proposal for a new management. Position paper of Italian Society on Alcohol (Società Italiana di Alcologia). *Minerva Med* 2018; 109: 369-85
3. Caputo F., Agabio R., Vignoli T 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
4. Testino G, Vignoli T, Patussi V, Scafato E 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) (Guidelines). *Dig Liver Dis* 2020; 52: 21-32
5. Testino G, Vignoli T, Patussi V et al. Alcohol related liver disease in the Covid-19 era: position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA). *Dig Dis Science* 2021; doi: 10.1007/s10620-021-07006-1
6. Testino G, Matone A, Ghirini S et al. Thrombosis following Covid-19 vaccination: a possible role of alcohol consumption? A suggestion from the Italian Society on alcohol. *Minerva Med* 2021; doi: 10.23736/S0026-4806.21.07670-9
7. Testino G, Vignoli T, Patussi V et al. Alcohol use disorder in the Covid-19 era: Position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA). *Addiction Biology* 2021; doi: 10.1111/adb.13090
8. Patussi V, Fanucchi T, Marcomini F et al. Alcohol use disorders: illness or other? *Panminerva Med.* 2019; 61: 429-31
9. Balbinot P, Leone S, Testino G, Caputo F. Hospital readmission of patients with hepatic encephalopathy: is the introduction of the formal caregiver useful in care management? *Dig Liver Dis* 2020; 52: 358-9
10. Balbinot P, Testino G, Pellicano R. The introduction of the self help groups facilitator in a hepato-alcoholic service: an innovative proposal. *Minerva Gastroenterol (Torino)*. 2021 Apr 1. doi: 10.23736/S2724-5985.21.02851-8. Online ahead of print. PMID: 33793156
11. Balbinot P, Fagoonee S, Pellicano R, Testino G. Lifestyle factors among adolescent. *Minerva Ped* 2018; 70:642-643

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol e le problematiche Alcolcorrelate (ITA-79), Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia. WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol e le problematiche Alcolcorrelate (ITA-79), Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia. WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Istituto Superiore di Sanità, Roma. WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol e le problematiche Alcolcorrelate (ITA-79), Istituto Superiore di Sanità, Roma. WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

ALCOL E TASSAZIONE, NECESSITÀ E URGENZA DELLE PIÙ EFFICACI MA CONTRASTATE MISURE DELLE POLITICHE DI PREVENZIONE PER RIDURRE LA MORTALITÀ PER CANCRO E I RISCHI PER LA SALUTE CAUSATI DALL'ALCOL IN EUROPA E IN ITALIA

Nel 2019, in era pre-Covid, 5.000 decessi si sarebbero potuti evitare nell'Unione Europea a fronte dell'introduzione di accise o di accise più elevate sulle bevande alcoliche. L'evidenza è lampante, l'aumento della tassazione sulle bevande alcoliche determina una ridotta incidenza di cancro alcol-correlato, meno "anni persi a causa di malattia" (DALY, Daily Adjusted Life Years), meno decessi e riduzione dei rischi legati all'uso e al consumo dannoso e rischioso di alcol nella popolazione come auspicato dai Sustainable Development Goals adottati da tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite. L'agenda per lo Sviluppo Sostenibile 2030 ha un indicatore specifico sulla riduzione della mortalità prematura da malattie non trasmissibili (obiettivo SDG 3.4) e un ulteriore indicatore specifico sull'uso di alcol e droghe (obiettivo SDG 3.5) evidenziando l'impatto trasversale dell'alcol sulla nostra vita e sul nostro benessere. Esiste una forte evidenza che misure politiche concrete possono ridurre i livelli di consumo di alcol pur rimanendo convenienti. "Le *best buys*, le misure raccomandate dall'OMS per aumentare le tasse sull'alcol e limitare la disponibilità e la commercializzazione dell'alcol sono strumenti potenti ed economici, ma il tasso di attuazione regionale di queste politiche è molto basso, soprattutto per quanto riguarda i prezzi. Questo deve cambiare" - ha affermato Carina Ferreira-Borges, responsabile del programma per alcol e droghe illecite presso l'Ufficio europeo per le malattie non trasmissibili dell'OMS - "L'alcol non è un prodotto ordinario di consumo. I responsabili

politici dell'intera regione europea dell'OMS devono riunirsi per regolamentare l'alcol in modo più efficace, in modo da ridurre le sofferenze e le morti inutili, oltre a creare società più sane e felici”.

La regione europea dell'OMS ha il più alto livello globale di consumo di alcol, 9,8 litri di alcol puro per adulto (dai 15 anni in su) all'anno sullo sfondo di una media globale di 6,4 litri. Il consumo di alcol ha un impatto causale su più di 200 condizioni di salute (malattie e lesioni) e nella sola regione europea dell'OMS, il consumo di alcol provoca quasi un milione di morti ogni anno o circa 2500 decessi ogni giorno. Oltre ad avere impatti devastanti sulle comunità, l'alcol è tra le cause principali di perdite di produttività, dell'aumento dei costi sanitari e sociali e di pregiudizio alla capacità dei servizi sanitari.

Ridurre la disponibilità economica e fisica dell'alcol è un obiettivo previsto da tutte le strategie ed i piani d'azione sin dal secolo scorso ma assolutamente negletto dai decisori politici a causa, secondo l'OMS, dell'interferenza dell'industria e della diffusa e più elevata sensibilità a logiche di convenienza e di promozione del prodotto rispetto a quelle di promozione della salute con sbilanciamento delle opportunità di salute e dei costi che la società è costretta impropriamente a sostenere a favore di profitti e di regimi di tassazione che non compensano l'impatto economico dei danni causati dall'alcol.

L'Ufficio regionale europeo OMS e quello internazionale a Ginevra hanno avviato SAFER, l'iniziativa rivolta all'adozione dei “best buys” delle nazioni Unite (riduzione della disponibilità delle bevande alcoliche, rafforzamento dei controlli sul marketing, adeguamento delle politiche di tassazione) come misure governative di contrasto al consumo rischioso di alcol e ai danni alcol-correlati sostenendo l'evidenza più incisiva dell'impatto sul prezzo di vendita delle bevande alcoliche confermata di recente nella sua validità da uno studio pubblicato su The Lancet [1]. I ricercatori, ipotizzando (anno di riferimento 2019) un aumento delle accise del 20, 50 e 100% sui prodotti alcolici, hanno calcolato e reso evidente di quanto si sarebbe ridotta l'incidenza dei tumori alcol-correlati e i relativi decessi. I risultati hanno dimostrato che il raddoppio delle attuali imposte sull'alcol eviterebbe, ogni anno, il 6% (10.700 casi) di nuovi tumori attribuibili all'alcol all'interno della regione europea dell'OMS, in particolare negli Stati membri dell'Unione europea dove le accise sono assenti o molto basse.

Il consumo di alcol è stato responsabile del 4,2% dei tumori che nel 2020 hanno colpito 4,8 milioni di persone nella regione europea dell'OMS [2] e messo a confronto con molti altri fattori di rischio, è stato identificato (in uno studio condotto in Francia, uno dei paesi europei più popolati) come la seconda causa principale per lo sviluppo del cancro, secondo solo al fumo [2]. L'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro ha classificato l'alcol come cancerogeno di classe 1 [4], ed essendo un fattore di rischio completamente evitabile [5-7], ridurre l'incidenza del cancro alcol-correlato è una delle priorità assolute per la salute pubblica evidenziate nel programma di lavoro

europeo dell'OMS 2020-2025 [8] e nel recente movimento pan-europeo, Azione Unita Contro il Cancro (United Action Against Cancer) [9].

Sono molti i tipi di cancro che possono essere causati dal consumo di bevande alcoliche: il cancro della testa e del collo (il cui rischio si aumenta esponenzialmente se vi è concomitante uso di tabacco) [10-12], il cancro dell'esofago (carcinoma esofageo a cellule squamose) [10-11], il cancro al fegato (carcinoma epatocellulare e colangiocarcinoma intraepatico) [10-11,13-14], il cancro al seno e il cancro del colon-retto. Inoltre, si stanno accumulando prove che il consumo di alcol è associato a un aumento del rischio di melanoma e di cancro alla prostata e al pancreas [10,15], per altri tipi di tumore i dati non sono ancora sufficienti per determinare un rapporto di causa-effetto. Il rischio di sviluppare un tumore per chi consuma alcolici, rispetto a chi non ne consuma, è - a seconda del tipo di cancro - da 1,3 (per i consumi "moderati") a 5 volte superiore (per i consumi "eccessivi").

I meccanismi biologici per cui l'alcol è un cancerogeno sono diversi, a partire dal principale composto presente nelle bevande alcoliche, l'etanolo - dal quale viene metabolizzata l'acetaldeide, sostanza che modifica e danneggia il DNA [5-6] delle nostre cellule - alle alterazioni dei livelli ormonali, allo stress ossidativo dovuto all'assunzione cronica di alcol e alla carenza di folati: tutti fattori dannosi per il DNA. Questi meccanismi indicano come il rischio di cancro alcol-attribuibile non sia implicato solo nel consumo cronico, dannoso o rischioso, ma che qualsiasi livello di assunzione, anche minimo, contribuisca allo sviluppo del cancro: più aumenta il consumo, più aumenta il rischio, ma nessun livello di consumo è sicuro [16-17]. Infatti, nel 2017, quasi 23.000 nuovi casi di tumore nell'UE (il 13.3% di quelli alcol-attribuibili), sono dovuti a un consumo inferiore o pari a 20 grammi di alcol puro al giorno, in pratica il classico bicchiere consumato a pranzo e a cena [18].

Il recente studio sopra citato [1] ha stimato quale impatto avrebbe un aumento delle tasse sugli alcolici sulla riduzione dell'incidenza dei tumori. Gli autori hanno simulato diversi scenari, ipotizzando quali sarebbero stati i casi di cancro nel 2019 se dieci anni prima, nel 2009, ci fosse stato un aumento delle accise del 20%, 50% e 100% sulle bevande alcoliche (assumendo un tempo di latenza fra consumo e insorgenza del tumore di 10 anni). Nel 2019 sono stati 1,4 milioni i casi di cancro alcol-attribuibile e 180,887 le morti per cancro alcol-attribuibile. I modelli hanno stimato che se le tasse fossero state aumentate del 20%, 50%, o 100%, si sarebbero potuti evitare, rispettivamente, l'1,2%, il 2,9% e il 5,9% dei nuovi casi di cancro alcol-attribuibile, e, nel caso di un aumento del 100% delle tasse, si sarebbero potute evitare 4,846 morti, solo nel 2019. Per quanto riguarda l'Italia, è stato stimato che, applicando lo stesso regime di tassazione che vige in Finlandia (il 39%) si sarebbero evitati, nel 2019, 817 casi di cancro ovvero il 7,5% di quelli alcol-attribuibili, e 325 morti per cancro

alcol-attribuibile, il 7,4% [1]. Stime più recenti [2] hanno stimato in 10.100 il numero dei nuovi casi di cancro causati dall'alcol nel 2020 in Italia (6900 maschi, 3200 femmine).

L'efficacia di alcune politiche nella riduzione del consumo e quindi nella prevenzione del cancro alcol-correlato è stata dimostrata in diversi studi approvati all'unanimità dalla comunità scientifica, ma, sebbene il nesso causale tra alcol e cancro sia noto da decenni, a oggi non sono state messe in atto azioni sufficienti per ridurre il peso di un fenomeno del tutto prevenibile [19-22]. Fra queste politiche, l'aumento delle tasse sulle bevande alcoliche è una delle misure più efficaci, pur essendo quella meno applicata [21], per esempio, 23 dei 53 stati membri dell'UE non applicano tasse sul vino [23].

La progettazione, l'attuazione e la valutazione delle politiche pubbliche sono state sconfitte, ritardate o indebolite dagli interessi economici delle società che gestiscono prodotti nocivi per la salute. L'industria dell'alcol tenta di legittimare la sua partecipazione all'agenda della salute pubblica utilizzando la pratica aziendale come strategia. Sono diverse e ben note le tattiche messe in campo dal mondo della produzione per opporsi alla messa in atto di politiche per la tutela della salute pubblica e tra queste il ricorso al contenzioso come avvenuto in Scozia dove sono state messe in campo imponenti azioni legali da parte dell'industria dell'alcol per opporsi al prezzo minimo sugli alcolici [24]. Anche l'interferenza sulle politiche di salute pubblica, quale quella messa in campo di coalizioni come l'International Alliance for Responsible Drinking-IARD [25-26] e il ricorso alla produzione di conoscenze mirate alla distorsione dell'evidenza scientifica spesso rivelata dal conflitto d'interessi di ricercatori di sanità pubblica e università coinvolti nella collaborazione diretta o indiretta con l'industria tesa a ricevere finanziamenti per progetti di ricerca stigmatizzati dalle organizzazioni di appartenenza come avvenuta per uno studio sugli effetti positivi sulla salute del bere moderato bloccato in NIH perché contrario all'etica e alla necessaria distanza da interessi che sono in conflitto con l'indipendenza della ricerca [27-31]. Altri meccanismi tesi a favorire un ritorno d'immagine per l'industria sono stati registrati in tutto il mondo anche durante la pandemia di COVID-19, ad esempio il finanziamento della Federazione internazionale della Croce Rossa con donazione di disinfettanti per le mani, e la conduzione contestuale di campagne di marketing su misura mirate ad aumentare le vendite [32]. L'OMS ha avviato una serie d'iniziative internazionali al fine di fornire evidenze oggettive sul ruolo dell'interferenza dell'industria nell'ostacolare gli obiettivi di salute sostenibili e contrastare la narrazione del mondo della produzione che tende a presentare l'industria come un affidabile alleato per la salute pubblica, sminuendo l'evidenza scientifica e nei fatti contrastando le politiche efficaci sull'alcol, promuovendo il messaggio inconsistente del bere responsabile, affermando che il consumo di alcol e i relativi danni sono il risultato di una scelta individuale.

È stato da più parti denunciato che all'industria sia stato consentito a vari livelli di offuscare la distinzione dei ruoli e delle responsabilità nella sfera delle politiche di salute e sull'alcol, favorendo la convinzione che le multinazionali dell'alcol siano legittime parti interessate nello sviluppo delle politiche pubbliche di prevenzione. Nei fatti, la narrativa dell'industria è stata affrontata e smontata e oggettivamente identificata come intervento mascherato teso a favorire il conflitto di interessi anche da parte delle istituzioni, delle autorità competenti, dei decisori politici come strumento fondamentale per gli attori economici che hanno come obiettivo la massimizzazione dei profitti incompatibile con il perseguimento da parte dei governi con un adeguata valorizzazione e tutela del diritto alla salute della persona, del benessere della società e di un sano e garantito sviluppo sostenibile. Differenze inconciliabili tra salute pubblica e interessi economici continuano ad emergere e a sostanzarsi; l'evidenza mostra che un rinnovato impegno è ora necessario e urgente al fine di proteggere lo sviluppo delle politiche di prevenzione da inadeguate pressioni di gruppi di pressione e da conflitti d'interesse che è essenziale restino distanti dalle sedi decisionali se si vuole ridurre il carico delle malattie causato dall'alcol³³ adottando le misure veramente efficaci a tutela delle persone "Il consumo di alcol danneggia le famiglie, le comunità e la società in generale in tutta la regione europea. La buona notizia è che sappiamo come prevenire questi rischi per la salute. L'OMS e gli Stati membri hanno già sostenuto alcune misure davvero efficaci in grado di ridurre i livelli di consumo di alcol. Per avere successo ora, abbiamo bisogno di un maggiore sostegno e impegno politico" (Nino Berdzuli, Direttore, Divisione dei programmi sanitari nazionali, Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa).

Per Corrispondenza

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.
E -mail: alice.matone@iss.i

Bibliografia

1. Kilian C, Rovira P, Neufeld M, et al. Modelling the impact of increased alcohol taxation on alcohol-attributable cancers in the WHO European Region. *Lancet Reg Heal - Eur*. September 2021:100225. doi:10.1016/J.LANEPE.2021.100225
2. Runggay H, Shield K, Charvat H, et al. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *Lancet Oncol*. 2021;22(8):1071-1080. doi:10.1016/S1470-2045(21)00279-5
3. Soerjomataram I, Shield K, Marant-Micallef C, et al. Cancers related to lifestyle and environmental factors in France in 2015. *Eur J Cancer*. 2018;105:103-113. doi:10.1016/J.EJCA.2018.09.009
4. Cancer IA for R on. Personal habits and indoor combustions. *IARC Monogr Eval Carcinog risks to humans*. 2012;100:319-331.
5. Aicr, WCRF. *Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: A Global Perspective A Summary of the Third Expert Report*. <http://gco.iarc.fr/today>. Accessed October 13, 2021.
6. Humans IWG on the E of CR to. Alcohol consumption and ethyl carbamate. *Iarc Monogr Eval Carcinog Risks to Humans*. 2010;96:3. [/pmc/articles/PMC4781168/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21444441/). Accessed October 13, 2021.
7. Rehm J, Shield KD. Alcohol Use and Cancer in the European Union. *Eur Addict Res*. 2021;27(1):1-8. doi:10.1159/000507017
8. for Europe WHORO. *European Programme of Work 2020-2025: United Action for Better Health*. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2021.
9. World Health Organization. United Action Against Cancer, a pan-European movement from grassroots to government. <https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2021/02/united-action-against-cancer,-a-pan-european-movement-from-grassroots-to-government>. Published February 2021. Accessed October 13, 2021.
10. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer*. 2015;112(3):580-593. doi:10.1038/bjc.2014.579
11. LoConte NK, Brewster AM, Kaur JS, Merrill JK, Alberg AJ. Alcohol and Cancer: A Statement of the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2018;36(1):83-93. doi:10.1200/JCO.2017.76.1155
12. Hashibe M, Brennan P, Chuang S-C, et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiol biomarkers Prev a Publ Am Assoc Cancer Res cosponsored by Am Soc Prev Oncol*. 2009;18(2):541-550. doi:10.1158/1055-

9965.EPI-08-0347

13. Wu C, Wang Z, Song X, et al. Joint analysis of three genome-wide association studies of esophageal squamous cell carcinoma in Chinese populations. *Nat Genet.* 2014;46(9):1001-1006. doi:10.1038/ng.3064
14. Grewal P, Viswanathen VA. Liver cancer and alcohol. *Clin Liver Dis.* 2012;16(4):839-850. doi:10.1016/j.cld.2012.08.011
15. Zhao J, Stockwell T, Roemer A, Chikritzhs T. Is alcohol consumption a risk factor for prostate cancer? A systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer.* 2016;16(1):845. doi:10.1186/s12885-016-2891-z
16. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, et al. Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. *Ann Oncol.* 2013;24(2):301-308. doi:https://doi.org/10.1093/annonc/mds337
17. Rehm J. Light or moderate drinking is linked to alcohol related cancers, including breast cancer. 2015.
18. Rovira P, Rehm J. Estimation of cancers caused by light to moderate alcohol consumption in the European Union. *Eur J Public Health.* 2021;31(3):591-596.
19. Organization WH. Alcohol and cancer in the WHO European Region: An appeal for better prevention. 2020.
20. World Health Organization, OMS, World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Poznyak V, Rekke D, eds. 2018:478. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>. Accessed August 5, 2021.
21. Organization WH. Making the European Region Safer: developments in alcohol control policies, 2010–2019. 2021.
22. Chisholm D, Moro D, Bertram M, et al. Are the “best buys” for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *J Stud Alcohol Drugs.* 2018;79(4):514-522.
23. The WHO Regional Office for Europe. *Alcohol Pricing in the WHO European Region - Update Report on the Evidence and Recommended Policy Actions.*; 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336159/WHO-EURO-2020-1239-40989-55614-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
24. Hawkins B, McCambridge J. “Tied up in a legal mess”: The alcohol industry’s use of litigation to oppose minimum alcohol pricing in Scotland. *Scottish Aff.* 2020;29(1):3-23. doi:10.3366/scot.2020.0304
25. Sama TB, Hiilamo H. Alcohol industry strategies to influence the reform of the Finnish Alcohol Law. *Nordisk Alkohol Nark.* 2019;36(6):556-568. doi:10.1177/1455072519857398

26. Pietracatella R, Brady D. A New Development in Front Group Strategy: The Social Aspects Public Relations Organization (SAPRO) . *Front Commun* . 2020;5:24.
<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fcomm.2020.00024>.
27. Pan American Health Organization. Noncommunicable Disease Risk Factors in the Americas: Considerations on the Strengthening of Regulatory Capacity. Regula Technical Reference Document. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10024>. Accessed October 13, 2021.
28. Jernigan D, Ross CS. The Alcohol Marketing Landscape: Alcohol Industry Size, Structure, Strategies, and Public Health Responses. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*. 2020;Sup 19(Suppl 19):13-25. doi:10.15288/jsads.2020.s19.13
29. McCambridge J, Coleman R, McEachern J. Public Health Surveillance Studies of Alcohol Industry Market and Political Strategies: A Systematic Review. *J Stud Alcohol Drugs*. 2019;80(2):149-157. doi:10.15288/jsad.2019.80.149
30. Savell E, Fooks G, Gilmore AB. How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction*. 2016;111(1):18-32.
doi:10.1111/add.13048
31. Mitchell G, Lesch M, McCambridge J. Alcohol Industry Involvement in the Moderate Alcohol and Cardiovascular Health Trial. *Am J Public Health*. 2020;110(4):485-488.
doi:10.2105/AJPH.2019.305508
32. Collin J, Leppold C, Barry R, Dain K, Renshaw N. Signalling Virtue, Promoting HARM Acknowledgements. 2020.
33. World Health Organization. Protecting Alcohol Control Policies From Vested Interests. 2021.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/10024>. Accessed October 13, 2021.

Claudia Gandin, Osservatorio nazionale Alcol. Centro Coll. OMS ITA-79 per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Aniello Baselice, Dipartimento Dipendenze, ASL Salerno

Carmine Acconcia, Dipartimento Dipendenze, ASL Salerno

Ciro Armenante, Dipartimento Dipendenze, ASL Salerno

Silvia Ghirini, Osservatorio nazionale Alcol. Centro Coll. OMS ITA-79 per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Antonietta Grandinetti, Dipartimento Dipendenze, ASL Salerno

Lucia Iuliano, Dipartimento Dipendenze, ASL Salerno

Carmela Lamanna, Dipartimento Dipendenze, ASL Salerno

Alice Matone, Osservatorio nazionale Alcol. Centro Coll. OMS ITA-79 per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Giovanna Napolitano, Dipartimento Dipendenze, ASL Salerno

Sabrina Palumbo, Dipartimento Dipendenze, ASL Salerno

Maria Rosaria Sorrentino, Dipartimento Dipendenze, ASL Salerno

Antonio De Luna, Dipartimento Dipendenze, ASL Salerno

Emanuele Scafato, Osservatorio nazionale Alcol. Centro Coll. OMS ITA-79 per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

LA FORMAZIONE SULL'IDENTIFICAZIONE PRECOCE E L'INTERVENTO BREVE E LE ATTIVITÀ PER LA CREAZIONE DI UNA RETE AZIENDALE PER I DISTURBI DA USO DI ALCOL E ALTRE ADDICTION: IL PROGETTO COLLABORATIVO ISS-OMS PER LA RETE IPIB DELL'ASL SALERNO

L'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve - IPIB per i Disturbi da Uso di Alcol (DUA) e altre *addiction* nell'assistenza sanitaria primaria rappresenta un'opportunità per comunicare ai consumatori i rischi e identificare con gli stessi stili di consumo compatibili con uno stato di buona salute [1-2].

Con riferimento all'alcol, i soggetti che non si attengono alle raccomandazioni di salute pubblica rispetto al consumo di alcol sono a rischio di patologie e problematiche alcol-correlate [3] e sono il target di popolazione sensibile per il quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la Commissione Europea (CE) suggeriscono azioni d'intervento volte a sensibilizzare gli stessi. Tali consumatori sono infatti inconsapevoli di ritrovarsi in una classe di rischio dalla quale si può uscire a fronte dell'Identificazione Precoce del consumo alcolico e del riconoscimento del consumo a rischio e dannoso, e attraverso un Intervento definito "Breve" (IPIB) quest'ultimo definito dall'OMS come una pratica finalizzata all'identificazione di una problematica alcol-correlata e a motivare l'individuo a fare qualcosa al riguardo [4].

Per quanto concerne il Disturbo da Gioco d'Azzardo, la sua diffusione è sempre più incalzante e capillare; esso può essere distruttivo della vita familiare, affettiva, lavorativa e sociale e condurre, a causa della rilevante componente legata alla dimensione economico-finanziaria, a fenomeni estremi come il suicidio. I giocatori patologici o *gambler* sono consapevoli che il loro comportamento compromette, distrugge o danneggia le loro relazioni personali, matrimoniali, familiari e lavorative, tuttavia, sono cronicamente e progressivamente incapaci di resistere all'impulso di giocare. Tali scenari giustificano la necessità di pianificare ed organizzare programmi di sanità pubblica idonei a contrastare simili comportamenti rischiosi e dannosi e a garantire l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per nuovi e vecchi tipi di dipendenza; di attivare azioni di contrasto così come suggerito dall'OMS che fornisce ed aggiorna con adeguata documentazione scientifica, strumenti e metodologie *ad hoc* per facilitare e supportare gli Stati Membri nella prevenzione dei disturbi da uso di alcol (DUA) [5-10].

Il progetto Rete IPIB della ASL Salerno come modello innovativo di prevenzione

Il progetto "*Rete I.P.I.B. – Rete Aziendale per l'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve su alcol, gioco d'azzardo e altre addiction*" è stato promosso dal Dipartimento Dipendenze della ASL Salerno, ed implementato in partnership con l'Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol e le problematiche alcol-correlate dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-WHO CC, ISS, ITA-79). Le attività sono state svolte nell'ambito di un accordo di collaborazione, della durata di 4 anni, concluso di recente, nato con la finalità di creare le condizioni per la realizzazione di uno staff aziendale abilitato al Programma di Identificazione Precoce e Intervento Breve-IPIB, originariamente EIBI-*Early Identification and Brief Intervention* dell'OMS. Per i dettagli delle attività svolte si rimanda al rapporto pubblicato di recente [11].

Il progetto "*Rete IPIB, ASL Salerno*" si è collocato in continuità alle numerose iniziative europee e nazionali di contrasto sull'alcol promosse dalla CE e dall'OMS [1-2, 12-32], in *partnership* con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) utilizzando un qualificato modello formativo idoneo a colmare il grave debito formativo professionale rispetto alle capacità di identificazione precoce e di intervento breve già segnalato dalla letteratura a livello nazionale e che il progetto ha promosso, come valore aggiunto, in via sperimentale nella Regione Campania, insieme alla creazione di una rete di professionisti abilitati al modello IPIB. Il progetto è stato accreditato in OMS come attività formale inserita nel *workplan* ufficiale del WHO CC ITA-79.

Il progetto è nato con l'esigenza di contribuire a quanto di seguito elencato:

- Assicurare adeguati livelli di formazione di base del personale e dei professionisti che operano nei contesti di assistenza sanitaria primaria.

- Assicurare competenze e conoscenze utili a contribuire all'uso di sistemi standardizzati di individuazione del rischio legato all'uso di alcol e al *gambling* nella popolazione propedeutici al monitoraggio del fenomeno e al tempestivo intervento articolato sulla base delle esigenze specifiche del caso.
- Provvedere ad individuare, già durante il processo formativo, e ad attivare una rete aziendale IPIB, fatta di competenze relative all'assistenza sanitaria primaria da interfacciare con gli altri livelli sanitari d'intervento territoriale, ambulatoriale, specialistico, ospedaliero e del Terzo Settore accreditato in tali ambiti.

Elementi distintivi del *Progetto Rete IPIB ASL Salerno* sono stati:

- La formazione IPIB come investimento di più ampio respiro orientato alla facilitazione del cambiamento verso stili di vita salutari attraverso l'incremento della consapevolezza e delle abilità individuali per contribuire alla salutogenesi applicata e applicabile non solo rispetto ai problemi alcol-correlati, ma anche ad altri fattori di rischio (quali il fumo e le nuove dipendenze: *gaming*, *gambling*, internet, smartphones) grazie ad una qualificata formazione sull'uso degli strumenti specifici d'identificazione precoce con ricadute immediate per il servizio sanitario e le *performance* aziendali.
- Il modello di formazione con l'obiettivo di generare, già durante il suo sviluppo didattico, una progettazione e una pianificazione operativa capace di rispondere specificamente ai bisogni delle diverse aree del territorio aziendale, sulla base dell'identificazione sia delle criticità che delle risorse presenti e/o attivabili.

Il progetto "*Rete IPIB, ASL Salerno*" è stato composto da tre fasi successive ed interdipendenti:

- 1a FASE. L'analisi delle risorse e delle criticità presenti sul territorio rispetto alla prevenzione e all'intervento sulle dipendenze da alcol e da *gambling*/internet, necessario per la costruzione di un percorso didattico adeguato alle caratteristiche socio-demografiche e sanitarie del territorio dell'ASL Salerno.

Tale fase è stata prevista per la mappatura dei servizi/programmi aziendali ed extra-aziendali da coinvolgere nella successiva implementazione della Rete IPIB nei diversi territori dell'ASL.

- 2a FASE. Lo svolgimento dell'iter didattico sull'Identificazione Precoce e l'intervento Breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol e sul *gambling* / *gaming* secondo modelli standard europei. La seconda fase è stata pianificata per promuovere la formazione e diffusione nella pratica professionale quotidiana dei programmi IPIB dei DUA nonché da gioco d'azzardo correlati e la metodologia dell'IPIB rivolta a ridurre le conseguenze negative del consumo di alcol, della pratica del gioco d'azzardo negli utenti dei servizi e delle strutture del SSN.
- 3a FASE. La creazione e il funzionamento della rete aziendale con programmi centrati sul modello IPIB da adottare per l'identificazione precoce delle dipendenze.

Quest'ultima fase è stata prevista per favorire l'acquisizione di competenze specifiche su contenuti, modalità, tecniche e organizzazione per l'attuazione di una rete di competenze sull'IPIB e per la valorizzazione e idonea articolazione dell'intervento attraverso l'utilizzazione congrua delle differenti risorse e competenze a disposizione. Questa fase ha previsto inoltre di supportare l'avvio dell'implementazione delle pratiche IPIB attraverso la costituzione di una Rete Aziendale, con possibilità futura di attività di consulenza e supervisione da parte dell'ISS. In quest'ultima fase il progetto ha proposto di concretizzare l'obiettivo di dare seguito all'implementazione con programmi territoriali IPIB sui DUA e sul Gioco di Azzardo e/o ad altre *addiction* comportamentali attraverso la creazione della predetta Rete IPIB aziendale, centrata sulla costituzione e sul funzionamento di n. 3 Poli Territoriali IPIB per l'area Nord, Centro e Sud della ASL Salerno.

Pertanto, di fondamentale importanza è stato:

- Assicurare adeguati livelli di formazione di base sui disturbi da uso di alcol e da gioco d'azzardo dei professionisti che operano nei contesti di assistenza sanitaria primaria.
- Assicurare competenze e conoscenze utili a contribuire all'uso di sistemi standardizzati di individuazione del rischio legato all'uso di alcol e al gioco d'azzardo nella popolazione propedeutici al monitoraggio del fenomeno e al tempestivo intervento articolato sulla base delle esigenze specifiche del territorio.
- Provvedere ad individuare, già durante il processo formativo i punti nodali di una rete aziendale IPIB, fatta di competenze relative all'assistenza sanitaria primaria da interfacciare con gli altri livelli sanitari d'intervento territoriale, ambulatoriale, specialistico, ospedaliero e del Terzo Settore accreditato in tali ambiti.

Sintesi delle attività: raccomandazioni e implicazioni future

Uno dei risultati più importanti dell'iter didattico svolto, anche in vista del futuro insediamento della Rete IPIB, è l'attuale disponibilità di operatori sanitari formati sull'IPIB in zone diverse del territorio della ASL Salerno, in contesti lavorativi diversi e di figure professionali diverse che potranno implementare l'IPIB sul territorio su diversi target di popolazione.

Nel complesso i 3 programmi di formazione (corso su alcol livello di base, alcol livello avanzato, *gambling/gaming*) [11] hanno raggiunto circa 500 operatori sanitari della ASL di Salerno che hanno portato a termine la formazione, a cui si aggiungono quelli che non hanno completato il corso ma che lo hanno comunque svolto almeno in parte.

Alla luce dell'emergenza COVID (gli ultimi 2 anni di attività) e della mancanza di *turnover* dei professionisti a livello aziendale (situazione già nota a livello territoriale e confermata in tutta la sua emergenza nel corso della prima fase delle attività del progetto destinata all'analisi delle risorse e delle criticità, sulla mappatura dei servizi aziendali ed extra-aziendali da coinvolgere) ciò rappresenta

un concreto riferimento e un punto di partenza più che soddisfatto, peraltro in linea con le previsioni iniziali. Resta ovviamente la necessità di supporto e affiancamento di coloro che hanno partecipato ai corsi, soprattutto nel processo di trasferimento delle attività formative all'Unità Locale di Formazione.

Raccomandazioni

Dall'analisi dei bisogni dei professionisti che hanno partecipato ai percorsi formativi e che, a termine dei corsi di base, hanno espresso interesse ad entrare a far parte dell'unità di formazione aziendale che si occuperà della formazione a cascata di altri operatori dell'Azienda è emerso quanto segue:

A) Rispetto alla conoscenza delle problematiche alcol-correlate (sapere), gran parte dei partecipanti ha dichiarato:

- di conoscere bene gli effetti dell'alcol sulla salute, gli interventi brevi come mezzo per prevenire/ridurre il consumo di alcol e le problematiche alcol-correlate, gli ostacoli alla comunicazione, le Unità Alcoliche contenute nelle bevande più comuni;
- di conoscere meno bene lo screening test AUDIT, le tecniche di base del colloquio motivazionale dell'intervento breve nelle diverse fasi del cambiamento.

B) Rispetto al trattare situazioni alcol-correlate (saper fare), la maggior parte dei partecipanti ha dichiarato:

- di conoscere bene cosa fare/dire rispetto alla gestione di una serie di situazione quali: spiegare cos'è l'alcol e il suo impatto, incoraggiare l'assunzione di responsabilità da parte dei pazienti sul consumo, sostenere i pazienti nel pianificare un cambiamento comportamentale e costruire la fiducia, sollecitare il tema "alcol" in modo appropriato;
- di non saper bene cosa fare o dire per spiegare il contenuto alcolico delle bevande e i rischi del consumo, fornire l'IPIB per l'alcol nella pratica quotidiana e, soprattutto, per utilizzare il test AUDIT per analizzare il consumo di alcol e quindi per fornire un feedback strutturato sul risultato del test di screening.

È necessaria un'attivazione concreta e costante tesa al superamento di eventuali ostacoli all'implementazione dell'IPIB nella pratica quotidiana quali quelli riferiti dai partecipanti ai corsi, nel follow up a distanza effettuato in previsione della formazione avanzata (in particolare la difficoltà all'utilizzo dell'IPIB a distanza per l'emergenza COVID-19, la mancanza di sufficiente formazione e a seguire, la mancanza di legittimità di ruolo). Essenziali per il processo di attivazione ed implementazione del programma sono inoltre i fattori segnalati dai partecipanti ai corsi come facilitanti e cioè la disponibilità di un'equipe multidisciplinare, di linee guida, di protocolli, di strumenti

a supporto dei professionisti, il migliorare le attività di prevenzione aziendale e infine, ma non meno importante, l'esistenza di una rete ed il suo coordinamento.

Infine, è fondamentale che i formatori della rete considerino (e siano supportati nel considerare) tredici elementi base che hanno connotato la loro formazione che, a loro volta, si accingeranno a trasferire:

1. Chiarire le finalità del mandato/incarico di formazione ricevuto.
2. Valutare gli obiettivi della formazione ricevuti (aumentare le conoscenze dei professionisti, aumentare le abilità dei professionisti, aumentare la percezione del valore e dell'utilità della formazione, eccetera).
3. Conoscere i destinatari della formazione e i relativi setting (coinvolgimento di figure professionali sanitarie e non).
4. Stabilire, in accordo con il committente, su che cosa concentrare la formazione (soprattutto per singoli eventi formativi di breve durata).
5. Valutare le conoscenze sull'alcol e sull'IPIB dei destinatari della formazione (ad inizio corso e con follow up a distanza dal termine corso, quest'ultimo concentrato sull'importanza attribuita della formazione ricevuta e sulla fiducia nelle proprie capacità di implementazione delle tecniche acquisite).
6. Valutare le aspettative dei destinatari della formazione.
7. Conoscere se per i destinatari della formazione è prevista, a fine corso, un affiancamento/supervisione e fornire fonti per il recupero di materiali e aggiornamenti.
8. Sensibilizzare sul fatto che più che l'acquisizione di nuove tecniche, è importante saper comunicare sui danni e sugli stili di vita salutari.
9. Evitare corsi in presenza con più di 20 partecipanti, lasciare tempo alla discussione ai lavori a piccoli gruppi e soprattutto ai *role playing*.
10. Aggiornare periodicamente il materiale didattico utilizzando fonti dati nazionali ufficiali quali: Rapporto ISTISAN. 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; Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati".
11. Disporre di materiale per la comunicazione e la prevenzione del rischio e dei danni alcol-correlati (reperibile sul Portale Epicentro dell'ISS. L'epidemiologia per la sanità pubblica dell'Istituto Superiore di Sanità; <https://www.epicentro.iss.it/alcol/materialiComunicazione>).
12. Confrontarsi con iniziative di prevenzione e identificazione precoce analoghe a livello nazionale, europeo, internazionale (aggiornamenti periodici e costanti dell'Osservatorio Nazionale

Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità; www.epicentro.it/alcol; position paper della Società Italiana di Alcologia).

13. Partecipare alle giornate di sensibilizzazione/prevenzione nazionali sull'alcol, quali, l'Alcohol Prevention Day organizzato dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità su base annuale nel mese di aprile-maggio; Alcohol Prevention Day (www.iss.it).

Implicazioni future

In generale, ma in particolare con riferimento all'azienda sanitaria locale di Salerno, è di rilevanza primaria e centrale per l'implementazione dell'IPIB su più ampia scala nella pratica clinica quotidiana, considerare e riferirsi a quanto la letteratura scientifica più recente propone in 5 punti essenziali (33):

1. Stabilire un target sostenibile da raggiungere in un arco temporale, definendo chiaramente a chi spetta la responsabilità dell'implementazione;
2. Ottenere fin dal principio il sostegno da parte di istituzioni qualificate;
3. Adattare realisticamente l'intervento alle situazioni;
4. Istituire sistemi di registrazione, monitoraggio e rendicontazione dell'implementazione dell'intervento prima della diffusione dell'implementazione;
5. Instaurare solide relazioni lavorative con il personale impegnato in prima linea, inclusi approcci flessibili alla formazione e sostegno prontamente disponibile.

La fase evolutiva della Rete IPIB di Salerno è da considerarsi in tutto e per tutto come un nuovo paradigma della prevenzione, un blue-print per una rinnovata cultura orientata alla centralità della persona e in linea con quanto prospettabile in termini di resilienza e rinnovamento del Sistema Sanitario Locale e Regionale e esperienza originale e unica da esportare in altri contesti.

Per corrispondenza

Claudia Gandin, Emanuele Scafato, Osservatorio nazionale Alcol. Centro Coll. OMS ITA-79 per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. E- mail claudia.gandin@iss.it; emanuele.scafato@iss.it

Bibliografia

1. Scafato E (Ed.). Alcol e Prevenzione nei contesti di Assistenza Sanitaria Primaria. Programma di formazione IPIB-PHEPA. Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008.
2. Scafato E, Gandin C, Patussi V, il gruppo di lavoro IPIB (Ed.). L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida per l'identificazione e l'intervento breve. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010, http://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf
3. Centro di ricerca Alimenti e Nutrizione - CREA, Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Peparai M, Poli A, Ranaldi G, Roselli M, Scafato E, Ticca M. Capitolo 9: Bevande alcoliche. In: Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018. Roma: Centro di ricerca alimenti e nutrizione (CREA); ultima revisione online 2020. p.979-1086
4. Babor TF, Higgins Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001.
5. Abbott M (a cura di). The epidemiology and impact of gambling disorder and other gambling related harm. Discussion paper for the 2017 WHO Forum on alcohol, drugs and addictive behaviours. WHO Headquarters, Geneva, 26-28 June 2017. https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/the-epidemiology-and-impact-of-gambling-disorder-and-other-gambling-relate-harm.pdf?sfvrsn=5901c849_2
6. Grant JE, Potenza MN. Il gioco d'azzardo patologico. Una guida clinica al trattamento. Edizione Italiana a cura di Massimo Clerici. Springer. 2010.
7. Serpelloni G, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri (a cura di). Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione 2013. <http://iport.dronetplus.eu/com/filedownloadlink/allegatoA.php?key=762&lingua=1>
8. Agenzia delle Dogane e dei Monopoli. LIBRO BLU 2019. Organizzazione, statistiche, attività. Roma: Agenzia delle Dogane e dei Monopoli; 2020. <https://www.adm.gov.it/portale/documents/20182/6061302/Libro+blu+2019+-+Relazione.pdf/0faabcc4-83ea-4466-861a-e4cb367b2c57>
9. Pacifici R, Mastrobattista L, Minutillo A, Mortali C. Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione: risultati di un progetto integrato. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporti ISTISAN 19/28).
10. The ESPAD group. ESPAD report 2019. Results from the European school survey project on alcohol and other drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13398/2020.3878_EN_04.pdf

11. Gandin C, Baselice A, Acconcia C, Armenante C, Ghirini S, Grandinetti A, Iuliano L, Lamanna C, Matone A, Napolitano G, Palumbo S, Sorrentino M.R., De Luna A, Scafato E. Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) per i disturbi da uso di alcol e da gioco d'azzardo: il progetto di formazione e di attivazione aziendale e istituzionale della rete IPIB della ASL Salerno. Rapporto ISTISAN 21/18
12. Scafato E, Allamani A, Patussi V, Codenotti T, Marcomini F, Struzzo P, and Italian WHO Phase IV EIBI Working Group. Italy. Chapter 11. In: Heather N (Ed.). WHO Collaborative Project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Report on Phase IV. Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care. Geneva: World Health Organization; 2006. p. 145-171. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594519_eng.pdf
13. Scafato E, Allamani A, Codenotti T, Patussi V, Rossi A, Struzzo P, Russo R, Gruppo nazionale italiano PHEPA. Una strategia nazionale. L'implementazione e l'integrazione di diagnosi precoce e intervento breve nell'attività quotidiana dei medici generici. Salute e Territorio 2006;27(155):85-119
14. Struzzo P, De Faccio S, Moscatelli E, Scafato E, Gruppo di ricerca PRISMA. Identificazione precoce dei bevitori a rischio in assistenza primaria in Italia: adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale. Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo 2006;29(1-2):1-6
15. Mezzani L, Patussi V, Rossi A, Russo R, Scafato E. Establishing an italian general practitioner brief intervention pilot project for problem drinkers. Subst Use Misuse 2007;42(12):1979-89
16. Drummond C, Wolstenholme A, Deluca P, Davey Z, Donoghue K, Elzerbi C, Gual A, Robles N, Goos C, Strizek J, Godfrey C, Mann KF, Zois E, Hoffman S, Gmel G, Kuendig H, Scafato E, Gandin C, Reynolds J, Segura L, Colom J, Baena B, Coulton S, Kaner E. Alcohol interventions and treatments in Europe. In: Anderson P, Braddick, Reynolds J, Gual A (Ed.). Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA. 2. ed 2013. p.72-93.
17. The AMPHORA coordinating team on behalf of the chief scientists of the FP7. AMPHORA project The AMPHORA manifesto on alcohol; AMPHORA; 2012. http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/AMPHORA%20manifesto%20on%20alcohol_October%20201.pdf.
18. Patussi V, Scafato E, Alunni F, Di Rosa G, Fanucchi T, Gandin C, Londi I, Magri G, Paganelli J. Alcol: manifesto europeo AMPHORA. Alcologia 2012;15:8-10.
19. Scafato E, Gandin C, Laurant M, Keurhorst M, Kolsek M, Gual A, Matrai S, Reynolds J, Colom J, Segura L, Kaner E, Newbury Birch D, Anderson P, Spak F, Bendtsen P, Sovinova H, Struzzo P, Krzysztof B, Ribeiro C, Onno VS, Ronda G, Drummond C, Mierzecki A. The ODHIN assessment tool: a tool to describe the available services for the management of hazardous and

harmful alcohol consumption at the country and regional level. *Addiction Science & Clinical Practice* 2013;8(Suppl 1):A67.

20. Anderson P, Wojnar M, Jakubczyk A, Gual A, Segura L, Sovinova H, Csemy L, Kaner E, NewburyBirch D, Fornasin A, Struzzo P, Ronda G, van Steenkiste B, Keurhorst M, Laurant M, Ribeiro C, do Rosário F, Alves I, Scafato EP, Gandin C, Kolsek M. Managing alcohol problems in general practice in Europe: results from the European ODHIN survey of general practitioners. *Alcohol and Alcoholism* 2014;49(5):531-539.
21. Colom J, Scafato E, Segura L, Gandin C, Struzzo P. Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective. *Frontiers in Psychiatry* 2014;5(161):1-12.
22. Gandin C, Scafato E. ODHIN assessment tool report. A description of the available services for the management of hazardous and harmful alcohol consumption. Work Package 6. ODHIN; 2014.
http://www.odhinproject.eu/resources/documents/cat_view/3-odhinproject-documents/6-odhin-technical-reports-and-deliverables.html
23. Gandin C, Scafato E. Managing risky drinking in primary health care settings. Field test report. Italy. BISTAIRS; 2014.
http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_PHC.pdf
24. Gandin C, Scafato E. Managing risky drinking in emergency settings. Field test strategy. Italy. BISTAIRS; 2014.
http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_ED.pdf
25. Gandin C, Scafato E. Managing risky drinking in workplace settings. Field test strategy. Italy. BISTAIRS; 2014.
http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_WP.pdf
26. Gandin C, Scafato E. Managing risky drinking in Social Services settings. Field test strategy. Italy. BISTAIRS; 2014.
http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_ScS.pdf
27. Gandin C, Schmidt C, Schulte B, Scafato E. THE BISTAIRS expert opinion-based guidelines on the implementation of screening and brief alcohol intervention approaches in different settings in the EU. Deliverable 6, Work Package 7. BISTAIRS; 2015.
http://www.bistairs.eu/material/D6_guidelines_ASBI.pdf
28. Scafato E, Gandin C, Martire S, Ghirini S, Galluzzo L e il gruppo di lavoro BISTAIRS. Identificazione precoce e intervento breve nel trattamento dei disordini alcol-correlati: raccomandazioni e linee guida del progetto europeo BISTAIRS (Brief intervention in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Rapporti ISTISAN 16/5).

29. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). Good practice principles for low risk drinking guidelines. Joint Action RARHA; 2016.
https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item30909/WP5_Good_practice_principles_low_risk_drinking_guidelines.pdf
30. Scafato E, Galluzzo L, Ghirini S, Gandin C, Martire S. Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016.
http://www.rarha.eu/Resources/Guidelines/Documents/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf
31. Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Scipione R e E per il gruppo di lavoro RARHA WP5 Principi di buone pratiche per le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio: le attività della Joint Action europea RARHA (Reducing Alcohol Related Harm) 2017. Rapporto ISTISAN 17/2.
32. World Health Organization. WHO alcohol brief intervention training manual for primary care. Copenhagen: WHO; 2017.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/351294/Alcohol-training-manual-final-edit-LSJB-290917-new-cover.pdf?ua=1
33. Fitzgerald N, Platt L, Heywood S & McCambridge J. Large-scale implementation of alcohol brief interventions in new settings in Scotland: a qualitative interview study of a national programme. BMC public health. 2015;15(289):1-11.

Componenti del gruppo di lavoro Rete IPIB ASL Salerno

SCAFATO Emanuele

Istituto Superiore di Sanità

Responsabile scientifico e docente dei corsi di formazione

BASELICE Aniello

ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze

Responsabile scientifico e coordinatore tecnico

GANDIN Claudia

Istituto Superiore di Sanità

Docente dei corsi di formazione

Autore del rapporto finale di attività

DE LUNA Antonio

ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze

Direttore Responsabile Dipartimento

ACCONCIA Carmine

ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze

Équipe Rete IPIB

ARMENANTE Ciro

ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze

Équipe Rete IPIB

GRANDINETTI Antonella

ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze

Équipe Rete IPIB

IULIANO Lucia

ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze

Équipe Rete IPIB

LAMANNA Carmela

ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze

Équipe Rete IPIB

NAPOLITANO Giovanna

ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze

Équipe Rete IPIB

PALUMBO Sabrina

ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze¶

Équipe Rete IPIB

SORRENTINO Maria Rosaria

ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze

Équipe Rete IPIB

GHIRINI Silvia
Istituto Superiore di Sanità
Analisi statistiche
MATONE Alice
Istituto Superiore di Sanità
Analisi statistiche

Si ringrazia la Dott.ssa Rosaria Russo per la collaborazione fornita alla realizzazione delle analisi, alla redazione dei risultati e all'assistenza amministrativa connessa alle attività di ricerca oggetto della presente pubblicazione ed attuate dal Centro Collaboratore - Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcol correlate dell'Istituto Superiore di Sanità.

Patrizia Balbinot, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia/Centro Alcolologico ASL3 Liguria c/o Ospedale Policlinico San Martino/ Centro Studi del Centro Alcolologico ASL3 "Auto-mutuo Aiuto, programmi di comunità e formazione caregiver", Genova

Gianni Testino, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia/Centro Alcolologico ASL3 Liguria c/o Ospedale Policlinico San Martino/ Centro Studi del Centro Alcolologico ASL3 "Auto.-mutuo Aiuto, programmi di comunità e formazione caregiver", Genova

In collaborazione con:

Annalisa Allazzetta, Servitrice Insegnante, CAT n°4, Associazione Club degli Alcolisti in Trattamento Savona-Genova

Elsa Casazza, Servitrice Insegnante, CAT n° 31, Associazione Club degli Alcolisti in Trattamento Savona-Genova

Gabriele Sorrenti, Servitrice Insegnante, CAT "Resilienza", Associazione Club degli Alcolisti in Trattamento Savona-Genova

DISTURBI DA USO DI ALCOL: E ALL' "ADDICTION" CHI CI PENSA?

Riassunto

È noto che i disturbi da uso di alcol rappresentano un problema sanitario/socio-sanitario significativo. Ad oggi le percentuali di successo clinico non sono soddisfacenti.

L'associazione di psicopatologia o fenomeni traumatici stressanti trovano validi trattamenti, tuttavia lo svincolo autoreferenziale di alcol e altre sostanze rappresenta la regola e difficilmente se rimosso l'eventuale *primum movens* si conclude anche l'esperienza additiva.

Da sempre viene dichiarato che l'attività deve essere multidisciplinare con il coinvolgimento della famiglia e delle associazioni di auto mutuo aiuto (AMA). In realtà questo principio è disatteso: solo circa il 5% dei soggetti coinvolti frequenta e attivamente partecipa a queste realtà. Pertanto, la vera innovazione è il concreto e diffuso coinvolgimento dei gruppi di AMA attraverso un'attività di "facilitazione".

L'evidenza scientifica dimostra che è mandatorio inserire tale strumento per ottenere risultati significativi a breve e a lungo termine.

Parole Chiave:

Addiction, disturbo da uso di alcol, gruppi di auto mutuo aiuto

Abstract

Alcohol use disorders are known to represent a significant health/socio-health problem.

To date, the clinical success rates are not satisfactory.

The association of psychopathology or stressful traumatic phenomena find valid treatments, however the self-referential release of alcohol and other substances is the rule and it is difficult for the additive experience to end if any *primum movens* is removed.

It has always been stated that the activity must be multidisciplinary with the involvement of the family and self-help associations (SHA). In reality this principle is disregarded: only about 5% of the subjects involved attend and actively participate in these realities. Therefore, the real innovation is the concrete and widespread involvement of SHA groups through a "facilitation" activity.

Scientific evidence shows that this tool is the only one that directly addresses addiction with significant short and long-term results.

Key Words

Addiction, alcohol use disorders, mutual self help associations

La lingua inglese opera una distinzione tra due termini *addiction* e *dependance* che in italiano vengono tradotti, spesso impropriamente, con la stessa parola, dipendenza, pur avendo significati diversi. Con *dependance* si vuole indicare la dipendenza fisica e chimica, con *addiction* si intende definire una condizione nella quale la dipendenza psicologica spinge alla ricerca dell'oggetto e senza il quale l'esistenza può apparire priva di significato.

Il termine *addiction* nell'attuale Oxford on-line Dizionario inglese (OED) è definito come uno stato di "... essere dedicato o devoto a una cosa, esp. un'attività o occupazione; aderenza o attaccamento, esp. di un tipo smodato o compulsivo" [1].

Ad oggi il termine *addiction* è stato superato dal DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5th edn*) [2] in quanto non esiste a livello mondiale un consenso scientifico che ne abbia caratterizzato in modo univoco le caratteristiche cliniche. Quindi si parla di "disturbo da uso di alcol" (DUA) [3]. Da tale disturbo possono generare patologie organiche, disturbi psichici e problemi sociali. *Per comodità comunque verrà utilizzato il termine "addiction".*

La definizione di DUA è importante in quanto non ci impone parametri definiti che pur sono importanti (quantità, modalità d'assunzione, periodo di assunzione, problematiche relazionali, sociali, lavorative...) ma ci fa comprendere che il consumo alcolico viaggia attraverso un continuum che lega in qualche modo il soggetto all'assunzione di tale sostanza.

È possibile che esista questa schiavitù anche in assenza di evidenti alterazioni comportamentali. La manifestazione, infatti, può essere fisica. È noto, per esempio, che il 70% dei cirrotici viene a sapere che la loro patologia è alcol correlata durante il primo ricovero ospedaliero [4].

Sul consumo alcolico, infatti, cala un'involontaria omertà di fondo da parte del soggetto coinvolto, della famiglia, del medico curante e della società tutta. Quest'ultima, infatti, identifica il problema alcol con eventi conclamati trascurando le migliaia di famiglie che inconsapevolmente e talvolta consapevolmente (ma nascoste per paura dello stigma) sono attanagliate da questo problema.

I dati in letteratura parlano chiaro: il 20-30% della popolazione maschile e il 15-20% di quella femminile è affetto da DUA [2, 5].

I punti principali da affrontare per meglio calarci nella realtà e soprattutto nella pratica clinica quotidiana sono i seguenti:

- 1) DUA non come "malattia auto-inflitta" ma problema clinico che deriva da uno stile di vita scorretto;
- 2) possibile presenza di patologia psichiatrica;
- 3) possibile presenza di traumi pregressi;
- 4) legame con la sostanza.

Patologia autoinflitta?

Certamente una percentuale non ben definita di soggetti rifiuta qualsiasi tipo di aiuto (5-15%?), tuttavia è impossibile declinare problemi così complicati nel concetto di malattia autoinflitta. Viviamo in una società “alcolica” dove il consumo di alcol è associato a successo, felicità, sesso, sport, benessere. Insomma, la società nel suo complesso “promuove il consumo alcolico” e stigmatizza chi non lo consuma.

Il problema alcol viene identificato con l'*addiction*, ignorando che lo stretto “legame” con la sostanza (come già segnalato sopra) lo si acquisisce attraverso un *continuum* che scivola nella schiavitù [6]. Quindi è da condannare la “stigmatizzazione” del DUA con il conseguente corteo di pregiudizi e giudizi.

I punti di partenza del consumo sono innumerevoli: puro piacere, automedicazione (psico-patologia, traumi, ecc), miglioramento della relazione, ecc.

La psicoterapia svolge un ruolo significativo nel ridurre o addirittura mettere a riposo le problematiche di fondo che spesso favoriscono l'automedicazione, ma che spesso vengono utilizzate come “scusa” per non cambiare stile di vita.

Quindi anche se il consumo di alcol è un fattore di rischio volontario [7], il DUA non è una patologia autoinflitta.

Le neuroscienze ci aiutano a meglio comprendere la cascata di eventi e a confermare tale concetto su basi oggettive.

Gli stimoli sensoriali prefrontali si traducono in una cascata glutammatergica che agisce in diversi settori della regione limbica: in corrispondenza dell'amigdala e del nucleo accumbens si forma la memoria emozionale (riflesso condizionato, azione di rinforzo, *drug seeking*), in corrispondenza del dorsale striato si forma la memoria stimolo-rinforzo (abitudine) e in corrispondenza dell'ippocampo la memoria si consolida. La cascata dopaminergica conseguente crea un comportamento non volontario.

Quindi, anche per tali ragioni neuro-fisio-patologiche viene a cessare il concetto di “malattia autoinflitta”, soprattutto quando l'inizio del consumo di sostanze è promosso e favorito dalla società stessa [8, 9].

Spesso, i problemi alcol correlati trovano allora senso all'interno dei sistemi familiari che costituiscono sottosistemi della comunità, una comunità, la nostra, che minimizza i rischi legati all'alcol, ne celebra il consumo e ne colpevolizza gli eccessi senza riconoscere che sono, invece, l'estremo di un continuum di cui tutti facciamo parte, nel quale non esistono categorie ben definite, ma i confini sfumati.

I *continuum* da cosa dipende?

Innanzitutto, non esiste un periodo di tempo definito. Alcune problematiche insorgono in periodi di tempo che variano da 5 a 40 anni. Le variabili sono numerosissime [10].

Patussi [3] afferma che l'*addiction*, quindi, non viene generata solo dall'uso di alcol e/o sostanze, ma anche da comportamenti socialmente accettati, che in un primo momento l'individuo decide di utilizzare/fare volontariamente mediante un comportamento di ricerca e sperimentazione di nuove fonti di stimolo e gratificazione (tipico dell'essere umano e non solo). In questo modo si crea nel tempo una condizione di alterazione neuro-psico-biologica e sociale (sofferenza relazionale) in grado di ridurre l'autonomia e la capacità di analisi della realtà e di decisione; quindi l'esercizio della libera volontà del soggetto per la presenza di un comportamento compulsivo caratterizzato dalla spirale "desiderio-ricerca-assunzione" che aumenta con l'isolamento sociale (*craving*: è il desiderio impulsivo per una sostanza psicoattiva, per un cibo o per qualunque altro oggetto o comportamento gratificante: questo desiderio impulsivo sostiene il comportamento "addittivo" e la compulsione finalizzati a fruire dell'oggetto di desiderio). Quindi, l'*addiction* è caratterizzata da una sempre maggiore difficoltà a modificare e a mantenere uno stato di relazioni positive, e con una ridotta percezione dei rischi connessi ai propri comportamenti, e da una distorsione delle relazioni sociali.

Trauma

In corso di DUA, traumi pregressi, stress individuali o sociali favoriscono, sostengono e creano le condizioni per "difendere" il consumo alcolico.

In letteratura vengono analizzati alcuni specifici episodi stressanti: separazione materna, adozione (traumi pregressi all'adozione o stress per la ricerca della famiglia di origine), genitori o familiari affetti da DUA e/o disturbo da uso di sostanze (DUS), violenze [11].

Un capitolo particolarmente studiato è il disordine da stress post traumatico (*post-traumatic stress disorder* – PTSD). Numerosi lavori hanno dimostrato un incremento di tre-cinque volte lo sviluppo di DUA/DUS fra i soggetti con PTDS. D'altra parte, circa il 25% dei soggetti portatori di DUA/DUS soffrono di PTDS [11-15].

Anche in assenza di PTDS un'esperienza traumatica può favorire la ricaduta [16].

Un capitolo da trattare separatamente è quello dei giovani con problemi giudiziari (GPG) [17].

Sono presenti disturbi psichiatrici e da DUA/DUS dal 70 al 90%. Tali problematiche coinvolgono maggiormente la popolazione femminile.

Sono soggetti con scarsa coesione familiare e con un passato costellato di eventi avversi. Il 60% dei GPG riporta una storia di violenza sessuale o di abbandono e il 20% è portatore di disordine da stress post-traumatico.

La presenza di DUA/DUS è un importante perduttore di incarcerazione o re-incarcerazione.

Il trattamento psicoterapeutico è mandatorio per garantire un percorso assistenziale adeguato, tuttavia lo svincolo autoreferenziale di alcol e altre sostanze psicotrope rappresenta la regola e difficilmente se rimosso il *primum movens* si conclude anche l'esperienza additiva [25].

Presenza di manifestazioni psico-patologiche

Nel 1990 Regier et al (studio *Epidemiologic Catchment Area Survey – ECA*) [18] avevano rilevato che circa il 30% dei pazienti psichiatrici aveva un DUA e/o DUS, mentre oltre il 50% dei consumatori aveva sviluppato manifestazioni psicopatologiche. Il 47% dei pazienti schizofrenici, il 32% di quelli con disturbo affettivo e l'87% dei pazienti con disturbo di personalità aveva una comorbidità per DUA e/o DUS.

Nel 1997 Kessler et al [19] (*National Comorbidity Survey*: 8000 soggetti fra i 15-54 anni valutati secondo i criteri diagnostici DSM-3-R) avevano evidenziato la presenza di almeno un disturbo psichiatrico o da DUA/DUS nel 48% dei casi.

L'*International Consortium in Psychiatric Epidemiology* ha riportato che circa il 35% dei tossicodipendenti riceve nel corso della vita una diagnosi di disturbo affettivo, il 45% di disturbo ansioso, il 50% di un disturbo di personalità. Nonostante le possibili carenze metodologiche è possibile affermare che in pazienti con DUA/DUS o in pazienti psichiatrici la possibilità di possedere l'altra condizione è 4.7 volte maggiore rispetto ai soggetti che non hanno nessuna di queste patologie [20].

Le percentuali di associazione si modificano con la riduzione dell'età. Il 40-70% degli adolescenti al primo episodio psicotico incontra i criteri di un DUA e/o DUS, esclusa la dipendenza da tabacco. Talvolta è sufficiente una sola dose per indurre aggressività, agitazione psico-motoria, depressione, sindrome schizoide, ecc. Ciò per l'induzione di tracce indelebili neurologiche sia sulle proteine coinvolte nella neurotrasmissione, sia sul contenuto epigenetico e genetico neuronale [21, 22].

Le sostanze non solo possono essere la causa di un esordio psicotico, ma possono slatentizzare un quadro psicotico o interferire con la terapia farmacologica.

Inoltre, il profilo farmacodinamico di molte sostanze è in grado di provocare la fenomenologia dei principali sintomi psicotici in modo del tutto sovrapponibile a quella presentata da soggetti psicotici privi di una storia di DUA e/o DUS [23].

In realtà la distinzione fra disturbi psicopatologici primari o indotti in corso di intossicazione acuta e cronica di fatto non è sempre praticabile. Inoltre, nell'esperienza personale la sindrome d'astinenza può essere prolungata nel tempo anche sino ad un anno dall'astensione. La valutazione psichiatrica andrebbe fatta almeno dopo 3 mesi di astensione con valutazioni programmate successive.

È importante comprendere se è presente o meno un problema psichiatrico, definirne la diagnosi ed utilizzare la terapia farmacologica giusta al dosaggio più basso possibile. Trascurarlo significa inficiare il percorso terapeutico-riabilitativo [24].

E all' *addiction* chi ci pensa?

Comunque, in presenza di manifestazioni psicopatologiche e/o traumi, indipendentemente dal fatto che sia nato prima "l'uovo o la gallina" [25] il trattamento del DUA deve seguire un percorso dedicato. La terapia farmacologica avversivante/anticraving a breve termine è sostanzialmente efficace [26]. Un approfondimento merita il trattamento psico-terapico nel breve termine. Certamente importante nell'affrontare i problemi da stress post-traumatico e nell'aiutare il paziente nella motivazione e cambiamento.

Tuttavia, la letteratura scientifica non trova al riguardo una posizione univoca, soprattutto in relazione all'efficacia a lungo termine.

In una revisione di 122 trials clinici gli Autori in un setting di pazienti ambulatoriali non hanno riscontrato efficacia associando alla farmacoterapia la psicoterapia [27].

Irvin et al [28] hanno riscontrato che la psicoterapia cognitivo comportamentale (PCC) ha un'efficacia 5 volte maggiore in associazione alla farmacoterapia.

Anche Magill and Ray [29] hanno riportato l'efficacia della PCC se associata alla farmacoterapia rispetto al suo solo impiego.

Lo studio COMBINE in un ampio trial non ha riportato alcun beneficio nell'associare la PCC alla farmacoterapia [30].

Recentemente Ray et al [31] attraverso una revisione sistematica/meta-analisi (valutazione di 12055 lavori – selezionati 30) hanno valutato l'efficacia della PCC.

Il numero medio delle sedute è stato di 16 (range 4-48). I punti chiave di questo studio sono i seguenti:

- l'effetto della PCC in associazione alla farmacoterapia ha consentito solo un piccolo vantaggio rispetto alla combinazione farmacoterapia/*usual care*,
- non emerge un beneficio definito quanto la PCC viene associata alla farmacoterapia in comparazione con altre modalità di trattamento (*based evidence medicine*),
- non emerge nessun beneficio quando la PCC viene associata alla farmacoterapia in comparazione all'associazione farmacoterapia/altre forme di psicoterapia,
- non emerge nessun beneficio quando la PCC viene associata alla farmacoterapia in comparazione alla sola farmacoterapia.

Le conclusioni di questa valida revisione sono:

- in comparazione con la farmacoterapia/*usual care* non emerge un chiaro beneficio aggiungendo la PCC,
- non emerge superiorità della PCC rispetto alle altre tecniche psicoterapiche.

Per quanto concerne l'efficacia della psicoterapia in caso di co-presenza DUA/DUS e patologia psichiatrica ad oggi è difficile stabilire una conclusione definitiva in assenza di dati sufficienti [32].

Tuttavia, in una recente revisione sistematica (98 studi – *Cochrane Handbook of Systematic Reviews*) Crowe et al. non hanno riscontrato alcun beneficio della psicoterapia in corso di associazione DUA/DUS e disordine bipolare [33].

Il follow-up di pazienti non trattati o trattati in strutture non accreditate evidenzia astensione media ad un anno nel 21% [34].

L'associazione terapia anticraving/psicoterapia attualmente è praticata routinariamente nella pratica clinica. Tuttavia, i risultati ad un anno sono mediamente insoddisfacenti. Gli studi meta-analitici riscontrano percentuali di insuccesso dal 57 al 75%. Tali percentuali variano in rapporto all'intensità ed alla lunghezza del trattamento [35-39]. Le percentuali d'astinenza si riducono progressivamente nel tempo.

In particolare, in pazienti con epatopatia da DUA l'efficacia della psicoterapia al momento non è dimostrata [40].

Percentuali di successo così ridotte non verrebbero certamente accettate per altri trattamenti medici. Tuttavia, complessivamente possiamo affermare che nel breve termine (circa tre mesi) farmaco e psicoterapia trovano un loro spazio. Quest'ultima soprattutto nel trattare i traumi stressanti (che rappresentano spesso sostegno/scusa per continuare a consumare alcol) e a favorire motivazione/cambiamento.

L'onestà intellettuale impone però di riconoscere che attualmente l'evidenza scientifica suggerisce che la frequenza e la partecipazione attiva ai gruppi di auto-mutuo-aiuto aumenta in modo significativo il raggiungimento dell'astensione a breve termine e della sobrietà a lungo termine.

Ne è dimostrata l'efficacia in assenza di farmaco e psicoterapia. Inoltre, la sua efficacia a lungo termine è significativamente superiore alla terapia tradizionale [41-52].

Recentemente la *Cochrane Systematic Review* (27 studi - 10.565 pazienti; 21 RCTs/quasi-RCTs, 5 studi non randomizzati, uno studio puramente economico) ha dimostrato che la frequenza/partecipazione ai gruppi di AA è più efficace della PCC. Inoltre, si ottiene un rapporto costo-beneficio migliore [53]. Tale dato è stato ulteriormente argomentato e suffragato da Kelly [54].

Le Associazioni di AMA sono presenti su tutto il territorio e sono rappresentate oltre che da AA, da AlaNon e AlaTeen (gruppi per i familiari e i figli) e dai club degli alcolisti in trattamento o club alcologici territoriali (CAT) (metodo Hudolin – Approccio Ecologico Sociale).

I 12 passi e le 12 tradizioni costituiscono il percorso spirituale di Alcolisti Anonimi (AA) nata nel 1935. Le informazioni generali sono facilmente reperibili in letteratura [55]. Si precisa solo che per AA i disturbi da uso di alcol, seguendo le indicazioni dell'organizzazione mondiale di sanità (OMS) sono una patologia.

Negli Stati Uniti gli adulti affetti da DUA frequentano in numero maggiore AA rispetto ai servizi. Inoltre, il 74% dei professionisti collabora con AA [56,57].

L'interesse clinico per questo "metodo" è certamente rilevante nell'indurre astensione/ sobrietà e ridurre le ricadute [58-60]. È noto che la frequentazione non solo determina un importante miglioramento soggettivo, ma influenza positivamente i processi psicopatologici.

L'evidenza scientifica dimostra l'efficacia del metodo anche se non è associato a trattamenti farmacologici e psicoterapici. Il percorso è stato spesso confrontato con la terapia PCC e con la terapia motivazionale (*motivational enhancement therapy* – MET) [44, 61].

I meccanismi attraverso cui AA facilitano il cambiamento sono in parte questi: *coping*, motivazione, *self-efficacy*, *network* dei rapporti modificato, spiritualità. Alcuni Autori hanno dimostrato come pazienti con un grado di DUA severo e con assenza di patologia psichiatrica beneficiano maggiormente della frequenza ai gruppi [62, 63]. I pazienti meno complianti sono quelli affetti da patologie psichiatriche dell'asse I e associati a disordine da uso di sostanze (DUS). I pazienti polidipendenti, invece, devono essere inviati presso i gruppi di narcotici anonimi (NA).

In alcuni studi sono stati costituiti gruppi per pazienti con doppia diagnosi in stretta associazione con i servizi. I risultati sono stati soddisfacenti e inoltre è stata riscontrata una maggiore compliance farmacologica [64, 65].

Penn and Brooks [66] hanno trattato 50 pazienti con "*rational emotive behaviour therapy*" (REBT) in associazione alla frequenza presso gruppi di AA. Lo studio ha rilevato come la REBT abbia una maggiore influenza sui sintomi psichiatrici, mentre AA abbia una maggiore influenza sull'uso di sostanze.

Per quanto concerne il sesso, molti studi non hanno raggiunto risultati significativi per la ridotta percentuale femminile rispetto a quella maschile. Tuttavia, Kelly riporta che il beneficio ottenuto dalla frequenza dei 12 passi nel sesso femminile è sovrapponibile a quella maschile [41].

L'approccio ai 12 passi invece potrebbe non essere ottimale per i giovani. Uno studio del 1998 [67] aveva evidenziato come i soggetti sotto i 21 anni fossero solo il 2%.

Nella pratica quotidiana è complicato inviare i giovani ai gruppi. Le motivazioni potrebbero essere le seguenti: presenza di adulti, contesti di consumo e motivazioni differenti, non corrispondenza nelle esperienze degli adulti senza il raggiungimento di un rapporto empatico.

In caso di frequenza i *dropout* sono frequenti. Ad oggi non è presente in letteratura nessuno studio sofisticato che contempli gruppi costituiti da ragazzi sotto i 21 anni. Tuttavia, vi sono osservazioni che dimostrano che adolescenti che frequentano gruppi di AA/NA hanno a due anni sostanziali benefici (astensione e migliore inserimento sociale) [68]. Brown et al [69] e Vit et al [70] hanno rilevato un favorevole *outcome* ad un anno di *follow-up*. Hsieh et al [71] hanno dimostrato che in 2317 pazienti ricoverati per AUDs la frequenza ai meeting dei 12 passi è un potente predittore di astensione a 6 e 12 mesi.

È bene precisare come l'indicazione a frequentare AA sia soprattutto fondata su studi prospettici [72, 73]. Gli studi meta-analitici sebbene siano meno numerosi, confermano l'efficacia del metodo [50, 51, 74].

Più recentemente Tonigan et al [57] in una revisione sistematica della letteratura (22 studi, 8075 pazienti) hanno confermato l'efficacia anche nei casi di doppia diagnosi. Come già anticipato i pazienti con la cosiddetta "doppia diagnosi" (*double trouble in recovery – DTR*) (definizione del tutto superata) che frequentano i gruppi di AA mantengono l'astinenza per periodi prolungati, aderiscono meglio alla terapia e migliorano la qualità di vita.

Kelly et al. hanno riportato anche un miglioramento della depressione valutata attraverso lo score "*beck depression inventory – FDI*" [60]. Questo sia in *aftercare* che in *outpatients*. Wilcox et al. [75] hanno ipotizzato che la riduzione della depressione in chi frequenta favorisce il raggiungimento dell'astensione.

Infine, Nalpas et al [76] hanno dimostrato come la frequenza ai gruppi faciliti in modo statisticamente significativo il mantenimento dell'astinenza e questo indipendentemente dal supporto dell'"*addiction specialist*".

Tale dato viene confermato anche dallo studio di Bergman et al [77]. Gli Autori rilevano che pazienti giovani con DUA/DUS e patologia psichiatrica partecipano e beneficiano di AA in modo sovrapponibile a quelli affetti da solo DUA/DUS.

Tre sono le dimensioni fondamentali da prendere in considerazione (*Multidimensional Mutual-Help Meeting Activity Scale*): partecipazione agli incontri (per es. partecipazione verbale), coinvolgimento attraverso il contatto con lo sponsor e i progressi attraverso il percorso dei 12 passi.

È stato, inoltre, elaborato un indice di attività caratterizzato dai seguenti parametri: considerarsi un membro attivo, avere lo sponsor, contattarlo al di fuori degli incontri, leggere la letteratura dei 12 passi al di fuori degli incontri, parlare/condividere durante gli incontri, *helped to set up or run meetings*, completare ogni azione orientata al completamento dei passi.

A sei mesi il gruppo di pazienti con pieno coinvolgimento nei gruppi ha raggiunto il 92% "di giorni" in astensione rispetto all'82% di quello costituito da pazienti che non hanno partecipato ai gruppi. Ad un anno nel primo gruppo la percentuale scende al 90 e nella seconda cala drammaticamente e

significativamente al 62%. È bene precisare che in tale lavoro non vengono segnalati i casi con astensione completa.

Tuttavia, appare evidente la significativa utilità della frequenza all'AMA.

Recentemente Sussman et al [78] hanno dimostrato il rapporto fra il percorso dei dodici passi (per esempio Alcolisti Anonimi: AA, Narcotici Anonimi: NA, Giocatori Anonimi: GA, ecc.) e la dipendenza da sostanze o comportamenti. Esiste un meccanismo psicobiologico comune con funzioni di rinforzo sovrapponibili. Una potenza superiore può in qualche modo diventare un sostituto (virtuoso) dell'*addiction*. Soprattutto il terzo, il settimo e l'undicesimo passo di AA rappresentano un aspetto di potenza superiore. Il rifarsi ad una potenza superiore, quindi, può portare alla risoluzione dell'*addiction*. L'amore sentimentale, la presenza di una potenza superiore o l'*addiction* attivano l'area tegmentale ventrale (ATV) che è associata al rilascio mesolimbico di dopamina. È possibile, quindi, *addiction* da amore romantico. D'altra parte, l'assenza del partner (soprattutto nelle prime fasi del rapporto) induce fisiologicamente una sorta di craving. Altresì molte persone dipendenti da sostanze hanno una sorta di "rapporto d'amore" con la sostanza stessa. È stato anche dimostrato come la preghiera attivi la regione mesolimbica a rilasciare dopamina. Amore, potenza superiore e addiction hanno cinque punti in comune: 1) attivazione ATV 2) provocano miglioramento dello stato emotivo 3) favoriscono uno stato di "*addiction*" 4) in caso di deprivazione si scatena sindrome d'astinenza, 5) altri interessi della vita passano in secondo piano. Il partecipare al percorso dei dodici passi induce quanto segue: rilascio ottimale di dopamina e distacco dalla sostanza o dal comportamento. Inoltre, evoluzione verso la sobrietà. L'efficacia dell'auto-aiuto è ben dimostrata. Soprattutto i soggetti giovani non accettano con facilità questo percorso, per cui durante l'accoglienza i nostri sforzi devono e dovranno essere sempre più implementati per farne comprendere l'utilità. Il 50% non accetta la frequenza o lascia il gruppo. Tuttavia, nei casi di frequenza regolare si ottengono risultati eccellenti soprattutto nella popolazione giovanile. Il risultato clinici come già accennato in precedenza è eccellente. Medici e operatori della sanità devono prendere atto di queste risorse [79].

Al-Anon (famigliari di persone affette da DUA)

Dawson e Grant [80] hanno rilevato come il 50% degli adulti Statunitensi abbiano uno o più parenti affetti da DUA. La frequenza ad Al-Anon consente di conseguire indubitabili vantaggi non solo per il familiare, ma indirettamente anche per il paziente. La fonte maggiore di informazione è "*l'internal membership survey*" condotta su 8517 membri AlAnon con una frequenza uguale o superiore a 5 anni. Il 95% dei membri ha riportato un miglioramento della vita spirituale [81]. Il 94% ha trovato l'esperienza "molto positiva", il 5% "abbastanza positiva". Per i membri Al-Anon che sono mogli, la lunga frequentazione ai gruppi è associata a riduzione del coping negativo, ad un miglioramento

delle conoscenze sull'AUDs, ad una riduzione dei livelli di depressione e a una migliore relazione col partner [82]. Certamente il diverso rapporto relazionale col partner permette una migliore gestione sia clinica che familiare. Timko et al [83] hanno condotto un'esperienza rilevante suddividendo membri di Al-Anon in due gruppi: nel primo gruppo la frequenza è stata sospesa dopo 6 mesi, nell'altro ha proseguito sino a 12 mesi. Diversi parametri sono migliorati nel secondo gruppo in modo statisticamente significativo: migliore comprensione del DUA, migliore relazione con il parente alcolista e con i figli, minori atti di violenza verbale e/o fisica, riduzione dello stress e dello stato ansioso-depressivo ed un miglioramento complessivo della qualità di vita personale e familiare.

Al-Ateen (figli di persone affette da DUA)

In relazione all'efficacia descritta per il metodo dei 12 passi anche l'associazione Al-Ateen (associazione di auto-mutuo-aiuto per figli di pazienti affetti da DUA) deve essere proposta e favorita. Grant [84] riporta come circa il 29% dei bambini Statunitensi sia venuto a contatto con famigliari con consumo dannoso di alcol. I figli di genitori con DUA incontrano diversi fattori di rischio: litigi, violenze, bassa coesione del nucleo familiare, assenza di rituali e modelli familiari, scarso sostegno, comunicazione povera e ambivalente, separazione o divorzio. Ne possono derivare diverse conseguenze negative: disturbi disadattivi, bassa autostima, sensi di colpa, isolamento e manifestazioni antisociali, stato ansiosodepressivo, livelli di stress elevati, iperattività, deficit attentivi, deficit di abilità verbali, difficoltà di ragionamento astratto, difficoltà di pianificazione e consumo di alcol e/o sostanze. Può anche derivarne il "fenomeno della trasmissione intergenerazionale dell'alcoldipendenza" [85]. I Servizi di Alcologia devono occuparsi dei figli dei pazienti con DUA con la presa in carico, riconoscendone la sofferenza e motivandoli al cambiamento. In questa fase il consiglio di frequentare il gruppo Al-Ateen è mandatorio.

Approccio Ecologico-Sociale (Metodo Hudolin)

Il modello ecologico-sociale antropo-spirituale del Prof. Vladimir Hudolin ha posto le basi nell'approccio di popolazione dell'OMS, nella psichiatria sociale, nell'approccio sistemico familiare, nella cibernetica, nell'ecologia della mente, tendendo alla depsiatriizzazione dei problemi alcol correlati e al coinvolgimento e all'attivazione della persona e della famiglia come protagonisti del cambiamento. Non si parla di dipendenza, non si parla di malattia, si considerano i problemi alcol correlati come stili di vita, comportamenti legati a diversi fattori interni ed esterni all'uomo, che determinano disagi fisici, psichici e sociali sotto la spinta della cultura sanitaria e generale della comunità. Nella visione sistemica si guarda alla complessità dei fenomeni, letti all'interno del contesto, delle relazioni e delle connessioni che ci sono tra gli elementi che lo compongono. I

problemi alcol correlati trovano allora senso all'interno dei sistemi familiari che costituiscono sottosistemi della comunità, una comunità, la nostra, che minimizza i rischi legati all'alcol, ne celebra il consumo e ne colpevolizza gli eccessi senza riconoscere che sono, invece, l'estremo di un continuum di cui tutti facciamo parte, nel quale non esistono categorie ben definite, ma i confini sfumati. Il concetto del continuum del rischio è stato recepito anche dal DSM 5 (2013) [2] che ha abolito quello di dipendenza "per la sua incerta definizione e la sua connotazione potenzialmente negativa". Partendo da questi presupposti diventa indispensabile nel lavoro clinico il coinvolgimento del sistema familiare che è portatore di sofferenza, ma anche di risorse. Lavorare sulle relazioni familiari, sulla comunicazione, sulla messa in luce delle dinamiche fonti di sofferenza, permette a tutti i membri della famiglia di sentirsi parte del cambiamento di stile di vita che va oltre l'astinenza dalle bevande alcoliche. Con famiglia si intendono anche i figli, spesso esclusi dal trattamento con la scusa, soprattutto se sono piccoli, che non sono a conoscenza del problema. Sappiamo bene, tuttavia, e i dati della letteratura ce lo confermano, che i bambini percepiscono bene le tensioni e la sofferenza che si vivono all'interno di una famiglia con problemi di alcol, pertanto è importante coinvolgerli per farli sentire accolti, compresi e non più soli. È importante prevedere per i figli spazi di ascolto individuali e familiari anche in base all'età. Accanto al lavoro con i singoli sistemi familiari è importante lavorare con i gruppi che possono essere di accoglienza e informativi su temi inerenti alla salute, il consumo di alcol, gli effetti sulla famiglia, la guida, il lavoro, gruppi motivazionali tesi maggiormente a lavorare sui tre fattori della motivazione al cambiamento (disponibilità al cambiamento, frattura interiore, autoefficacia). Il gruppo diventa un contesto protettivo in cui le persone possono osservare ed osservarsi, sentirsi compresi nelle proprie difficoltà e sofferenze, uscire dall'isolamento, incominciare a raccontarsi, mettere in discussione il vecchio ruolo. Il lavoro clinico deve integrarsi con quello dei gruppi presenti nel territorio.

Nei Club si realizza la condivisione e lo scambio di esperienze, non si mette al centro il problema, ma le persone e le loro risorse. L'impegno che ciascuno si prende nel misurarsi con l'alcol e sperimentare l'astinenza, conduce all'assunzione di responsabilità, a esercitare i propri diritti e doveri, a sviluppare competenze, abilità di vita emotive, cognitive e relazionali in un processo continuo di empowerment e di sviluppo di capitale sociale. Attraverso il cambiamento dei singoli, poiché in relazione con altre persone nei vari sistemi in cui vivono e si muovono, si creano le condizioni affinché il contesto socioculturale cambi [8].

Quando parla di spiritualità Hudolin non fa riferimento all'area religioso-confessionale, ma alla caratteristica originaria, tipica ed esclusiva della persona. Non una deriva mistica, bensì il riconoscimento della dignità e sacralità della persona.

Esiste un'ampia letteratura che descrive il Metodo Hudolin (approccio ecologico sociale), tuttavia ad oggi sono presenti un numero esiguo di lavori validati che indicano l'efficacia del metodo [86, 87, 88,

89]. Sia dall'esperienza personale nella *real practice* [90-92], che dai dati scientifici a favore delle altre realtà di auto mutuo aiuto emerge che il metodo è meritevole di essere segnalato, soprattutto quando la persona sofferente ha a disposizione una realtà familiare che vuole sostenerlo. Certamente un approccio familiare e di comunità può essere di grande utilità ed efficacia.

In conclusione, in corso di DUA la forza di evidenza scientifica a favore dei gruppi AMA (sia AA che CAT) è forte sia a breve che a lungo termine indipendentemente dalla presenza del farmaco e della psicoterapia [54].

Conclusioni

Alla luce dell'evidenza scientifica esposta nei paragrafi precedenti è possibile trarre delle conclusioni:

- 1) *il DUA non deve essere considerato come una "malattia auto-inflitta" ma un problema clinico che deriva da uno stile di vita scorretto;*
- 2) *possibile presenza di patologia psichiatrica (primaria o secondaria) da valutare dopo un prolungato periodo di astensione;*
- 3) *attività psicoterapica per la risoluzione di problemi da stress post-traumatico e nell'aiutare il paziente nella motivazione e nel cambiamento;*
- 4) *il trattamento delle problematiche psico-patologiche e di quelle correlate a fattori traumatici/stressanti facilita il mantenimento della sobrietà, ma non rappresentano la chiave di lettura determinante. Come già affermato "lo svincolo autoreferenziale di alcol e altre sostanze psicotrope rappresenta la regola e difficilmente se rimosso il primum movens si conclude anche l'esperienza additiva" [25];*
- 5) *il trattamento chiave per affrontare in modo significativo "il legame patologico con la sostanza" è la frequenza e la piena adesione ai gruppi di auto aiuto. L'efficacia è indipendente dai trattamenti farmacologici/psicoterapeutici routinari*
- 6) *il numero di soggetti e familiari che attualmente frequentano è irrisorio. Per tale ragione è opportuno che i servizi si dotino di facilitatori all'auto mutuo aiuto e si occupino di formare i caregiver informali*

Certamente tale posizione susciterà reazioni contrastanti. Non deve essere vissuta come divisiva, ma come un terreno di confronto in un settore con ancora troppe criticità.

Molti sosterranno che è la multidisciplinarietà la chiave vincente per affrontare i DUA e che ogni tassello è importante.

La nostra posizione fondata sui dati scientifici conferma che la multidisciplinarietà è mandatoria soprattutto nel trattamento a breve termine, tuttavia solo la completa adesione all'auto mutuo aiuto

è il tassello che determina con maggiore frequenza la sobrietà a lungo termine. Su questo l'evidenza scientifica è definita. Senza l'auto mutuo aiuto le percentuali di successo variano dal 20 al 45% per poi calare nel lungo termine. Nessun percorso terapeutico con queste percentuali di successo verrebbe accettato in altre discipline mediche.

Questa strategia in realtà è nota da tempo, tuttavia solo i 4-5% dei soggetti ne beneficia. Evidentemente la posizione complessiva delle strutture non reputa di avvalersi di questa risorsa, o se si avvale di questa risorsa talvolta prevale la presunzione che a decidere chi deve frequentare è il professionista di turno.

Ciò è inaccettabile. L'auto mutuo aiuto è una risorsa gratuita costituita da persone "libere" che si relazionano con altre persone. Nessuno ha il diritto di sconsigliare o nascondere tale realtà.

I professionisti del settore (senza rinunciare al loro tecnicismo) hanno il dovere di "facilitare" la conoscenza e la frequenza di tali realtà [93-96].

La costituzione di gruppi in un'area è direttamente proporzionale all'efficacia e alla qualità del Servizio di riferimento (Figura I).



Figura I – Disturbo da uso di alcol: una visione. L'addiction rimane svincolata da un eventuale *primum movens*. Attraverso un percorso spirituale deve essere raggiunta la consapevolezza, cioè la capacità di essere liberi e di trasformare la mente cosciente in un osservatore relativamente distaccato dalla realtà di noi stessi [97].

Per Corrispondenza

Patrizia Balbinot, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia/Centro Alcolologico ASL3 Liguria c/o Ospedale Policlinico San Martino/ Centro Studi del Centro Alcolologico ASL3 “Auto-mutuo Aiuto, programmi di comunità e formazione caregiver”, Genova
E-mail: patrizia.balbinot@asl3.liguria.it

Bibliografia

1. Balbinot P, Bottaro LC, Testino G. Per un nuovo management della prevenzione. Educazione a corretti stili di vita. II Edizione. Fam Scientifics Editore. Faenza: 2019
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn), Arlington NE, 2013
3. Patussi V, Fanucchi T, Marcomini F, Balbinot P, Testino G, Caputo F. Alcohol use disorders: illness or other? *Panminerva Med.* 2019; 61: 429-31
4. Hydes T, Gilmore W, Sheron N, Gilmore I. Treating alcohol-related liver disease from a public health perspective. *J Hepatol* 2019; 70: 223-6
5. Scafato E, Caputo F, Patussi V, Balbinot P, Addolorato G, Testino G. The undertreatment of alcohol related liver diseases among people with alcohol use disorders. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2020; 24: 974-82
6. Testino G., Bottaro L.C., Patussi V. et al. Addiction disorders: a need for change. Proposal for a new management. Position paper of Italian Society on Alcohol (Società Italiana di Alcologia). *Minerva Med* 2018; 109: 369-85
7. Testino G., Balbinot P. Perché accettiamo e difendiamo rischi prevedibili? L'esempio delle bevande alcoliche. *Alcologia* 2017; 31: 10-14
8. Bottaro LC, Testino G. Atti della conferenza nazionale sulle patologie delle dipendenze. Necessità di un cambiamento? Management e position paper. ASL3 Liguria (Sistema Sanitario Regione Liguria) – Società Italiana di Alcologia (SIA). Revisione Editoriale a cura dell'Ufficio Stampa ASL3 Liguria; 2018.
9. Scafato E e Gruppo di Lavoro CSDA. Rapporti ISTISAN 21/7 – Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Istituto Superiore di Sanità, Roma 2021
10. Testino G. Alcoholic diseases in hepato-gastroenterology: a point of view. *Hepatogastroenterology* 2008; 55: 371-77
11. Logrip ML, Zorrilla EP, Koob GF. Stress modulation of drug self-administration: implications for addiction comorbidity with post-traumatic stress disorder. *Neuropharmacol* 2012; 62: 552–564
12. Breslau N, Davis GC, Schultz LR. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Arch Gen Psychiatry.* 2003; 60:289–294

13. Mills KL, Teesson M, Ross J, Peters L. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:652– 658
14. Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 101:46– 59
15. Driessen M, Schulte S, Luedecke C, Schaefer I, Sutmann F, Ohlmeier M, Kemper U, Koesters G, Chodzinski C, Schneider U, Broese T, Dette C, Havemann-Reinicke U. Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: a multi-center study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008; 32:481–488
16. Dewart T, Frank B, Schmeidler J. The impact of 9/11 on patients in New York City's substance abuse treatment programs. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2006; 32:665–672
17. Usher K, Jackson D. Mental health and substance use disorder: the reality of youth in custody. *Int J Mental Health Nurs* 2019; 28: 633-4
18. Regier DA, Faamer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *J Am Med Ass* 1990; 264: 2511-18
19. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-3-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 313-21
20. Merikangas KR, Metha RL, Moinar BE et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Add Behav* 1998; 23: 893-907
21. Lambert M, Conus P, Lubman DI et al. The impact of substance use disorder on clinical outcome in 643 patients with first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 141-8
22. Federico M. Gli esordi psicotici in età giovanile e il rapporto con l'uso di sostanze. In: Giacolini T, Leonardi C (a cura di). *Adolescenza e dipendenza*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2016
23. Testino G, Balbinot P, Sampietro L, Bottaro LC. Patologie delle dipendenze: un nuovo management? *Recenti Prog Med* 2019; 110: 230-5
24. Rigliano P. *Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2015
25. Quartini A, Testino G, Patussi V. Doppia diagnosi o complessità diagnostico-terapeutica? Una lettura critica. *Medicina delle Dipendenze – Italian Journal of Addictions* 2021; 42: 19-20
26. Caputo F., Agabio R., Vignoli T 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

27. Jonas DE, Amick HR, Feltner C et al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2014; 311: 1889-900
28. Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 563-70
29. Magill M, Ray LA. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomised controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs* 2009; 70: 516-27
30. COMBINE Study Research Group. Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions in alcohol dependence: rationale and methods. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27: 1107-1122
31. 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* 2020; 3: e208279
32. Salloum IM, Brown ES. Management of comorbid bipolar disorder and substance use disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2017; 366-76
33. Crowe M, Eggleston K, Douglas K, Porter RJ. Effects of psychotherapy on comorbid bipolar disorder and substance use disorder: a systematic review. *Bipolar Disorders* 2021; 23: 141-51
34. Connor JP, Haber PS, Hall WD. Alcohol use disorders. *The Lancet* 2016; 387: 988-98
35. Miller WR, Walters ST, Bennett ME. How effective is alcoholism treatment in the United States? *J Stud Alcohol* 2001; 62: 211-20
36. Monahan SC, Finney JW. Explaining abstinence rates following treatment for alcohol abuse: a quantitative synthesis of patient research design and treatment effects. *Addiction* 1996; 91: 787-805
37. Berglund M, Thelander S, Jonsson E. Treating alcohol and drug abuse. An evidence based review. Weinheim: Wiley-VCH, 2003
38. Bottlender M, Kohler J, Soyka M. Effektivitat psychosozialer. Behandlungsmethoden zur medizinischen rehabilitation alkoholabhangiger patienten. *Fortsche Neurol Psychiatrie* 2006; 74: 19-31
39. Soyka M, Kranzler HR, Berglund M et al. The WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Substance Use Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment for Substance Use and Related Disorders, Part 1: Alcoholism. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2009; 9: 6-23
40. Schlagintweit HE, Lynch MJ, Hendershot CS. A review of behavioral alcohol interventions for transplant candidates and recipients with alcohol-related liver disease. *Am J Transplant* 2019; 19: 2678-85
41. Kelly JF. Self-help for substance-use disorders: history, effectiveness, knowledge gaps, and research opportunities. *Clin Psychol Rev* 2003; 23: 639-63

42. Emrik CD, Tonigan JS, Montgomery H, Laura L. Alcoholic Anonymous: what is currently known? In: McCrady B consumption partially mediated by AlcoholicS, Miller WR, Research on Alcoholics Anonymous: opportunities and alternatives. Piscataway NJ: Rutgers Center on Alcohol Studies 1993; 41-76
43. Kelly JF, Yeterian JD. The role of mutual-help groups in extending the framework of treatment. Alcohol Res Health 2011; 33: 350-55
44. Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholic Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev 2019: CD005032
45. Moos RH, Moos BS. Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: a 16-year follow-up of initially untreated individuals. J Clin Psychol 2006; 62: 735-50
46. Timko C, Moos RH, Finney JW, Lesar MD. Long-term outcomes of alcohol use disorders: comparing untreated individuals with those in Alcoholic Anonymous and formal treatment. J Stud Alcohol 2000; 6: 529-40
47. Karrier-Jaffe K, Klinger JL, Witbrodt J, Kaskutas LA. Effects of treatment type on alcohol consumption partially mediated by Alcoholics Anonymous attendance. Subst Use Misuse 2018; 53: 596-605
48. Tonigan JS, Toscova R, Miller WR. Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: sample and study characteristics moderate findings. J Stud Alcohol 1996; 57: 65-72
49. Forcehimes AA, Tonigan JS. Self efficacy as a factor in abstinence from alcohol/other drug abuse: a meta-analysis. Alcohol treat Q 2008; 26: 480-89
50. Humphreys K, Blodgett JC, Wagner TH. Estimating the efficacy of alcoholics anonymous without self-selection bias: an instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials. Alcohol Clin Exp Res 2014; 38: 2688-94
51. Longabaugh R, Donovan DM, Karno MP et al. Active ingredients: how and why evidence-based alcohol behavioral treatment interventions work. Alcohol Clin Exp Res 2005; 29: 235-47
52. Kownachi RJ, Shadish WR. Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. Subst Use Misuse 1999; 34: 1897-1916
53. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Cochrane Database Syst Review 2020; 3: CD012880
54. Kelly JF, Al Abry A, Ferri M, Humphrey K. Alcoholics Anonymous and 12-Step Facilitation Treatments for Alcohol Use Disorder: A Distillation of a 2020 Cochrane Review for Clinicians and Policy Makers. Alcohol Alcohol 2020; 55: 641-51
55. Alcoholics Anonymous. Alcoholics Anonymous: the story of how thousands of men and women have recovered from alcoholism. New York: AA World Services
56. Substance abuse and mental health services administration. National survey of substance abuse treatments services (N-SSATS): data on substance abuse treatment facilities. BHSIS Series S-

73. HHS Publication No. (SMA) 14-489. Rockville MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration: 2013
57. Tonigan JS, Pearson MR, Magill M, Hagler KJ. AA attendance and abstinence for dually diagnosed patients: a meta-analytic review. *Addiction* 2018; 113: 1970-81
58. Kelly JE, Magill M, Stout RL. How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addict Res Theory* 2009; 17: 236-59
59. Moos RH. Active ingredients of substance use-focused self help groups. *Addiction* 2008; 103: 387-96
60. Kelly JF, Stout RL, Magill M et al. Mechanisms of behavior change in alcoholics anonymous: does Alcoholics Anonymous lead to better alcohol use outcomes by reducing depression symptoms? *Addiction* 2010; 105: 626-36
61. Emrik CD, Tonigan JS, Montgomery H et al. Alcoholic Anonymous: what is currently known? In: McCrady BS, Miller WR (Eds). *Research on Alcoholics Anonymous: opportunities and alternatives*. Piscataway NJ: Rutgers Center on Alcohol Studies: 1993; p. 41-76
62. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J of Studies on Alcohol* 1999; 58: 7-29
63. Laudet AB, Magura S, Vogel HS, Knight E. Recovery challenges among dually diagnosed individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000; 18: 321-29
64. Magura S, Laudet AB, Mahmood D et al. Adherence to medication regimens and participation in dual-focus self-help groups. *Psychiatric Services (Washington, DC)* 2002; 53: 310-16
65. Vogel HS, Laudet AB, Magura S. Double trouble in recovery: self-help for people with dual diagnoses. *Pstchiatr Rehabilitation Journal* 1998; 21: 356-6
66. Peen PE, Brooks AJ. Five years, twelve-steps, and REBT in the treatment of dual diagnosis. *Journal of Rational – Emotive and Cognitive – Behavior Therapy* 2000; 18: 197- 208
67. Alcoholics Anonymous. 1998 membership survey: a snapshot of AA membership. New York: AA World Services
68. Alford GS, Koehler RA, Leonard J. Alcoholics Anonymous – Narcotics Anonymous model inpatient treatment of chemically dependent adolescents: a 2-year outcome study. *Journal of Studies on Alcohol* 1991; 52: 118-26
69. Brown SA, Mott MA, Myers MG. Adolescent alcohol and drug treatment outcome. In: Ronald E, Watson R (Eds). *Drug and alcohol abuse prevention. Drug and Alcohol abuse reviews*. Clifton, NJ: Humana Press 1990; pp. 373-403
70. Vik PW, Grizzle KL, Brown SA. Social resource characteristics and adolescent substance abuse relapse. *Journal of Adolescent Chemical Dependency* 1992; 2: 59-74

71. Hsieh S, Hoffmann NG, Hollister CD. The relationship between pre-, during-, post-treatment factors, and adolescent substance abuse behaviors. *Addictive Behavior* 1998; 23: 477-88
72. Pagano ME, White WL, Kelly JE et al. The 10-year course of alcoholics anonymous participation and long-term outcomes: a follow-up study of outpatient subjects in project MATCH. *Subst Abuse* 2013; 34: 51-9 2
73. Galanter M. Combining medically assisted treatment and twelve step programming: a perspective and review. *Am J Drug and Alcohol Abuse* 2018; 44: 151-9
74. Karrier-Jaffe K, Klinger JL, Witbrodt J, Kaskutas LA. Effects of treatment type on alcohol consumption partially mediated by Alcoholics Anonymous attendance. *Substance Use and Misuse* 2018; 53: 596-605
75. Wilcox CE, Tonigan JS. Changes in depression mediate the effects of AA attendance on alcohol use outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2018; 44: 103-12
76. Nalpas B, Boulze-Launay I. Maintenance of abstinence in self-help groups. *Alcohol Alcohol* 2018; 53: 89-94
77. Bergman BG, Greene MC, Hoepfner BB et al. Psychiatric comorbidity and 12-step participation: a longitudinal investigation of treated young adults. *Alcohol Clin Exp Res* 2014; 38: 501-10
78. Sussman S, Reynaud M, Aubin HJ, Leventhal AM. Drug addiction, love, and the higher power. *Evaluation and Health Professions* 2011; 34: 362-70
79. Balbinot P, Testino G. Adolescence and addiction: not only a matter of chemistry, but also of souls support. *Gazz Med Ital – Arch Sci Med* 2018; 177: 645-50
80. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS et al. Recovery from DSM-IV alcohol dependence. *Alcohol Res Health* 2006; 29: 131-42
81. Al-Anon Family Groups: Eleventh triennial, 2015 Membership Survey. Virginia Beach, VA: Al-Anon Family Groups Head quarters; 2012
82. Cutter CG, Cutter HS. Experience and change in Al-Anon family groups: adult children of alcoholics. *J Stud Alcohol* 1987; 48: 29-32
83. Timko C, Laudet A, Moos RH. Al-Anon newcomers: benefits of continuing attendance for six months. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2016; 42: 441-49
84. Grant BF. Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *Am J Public Health* 2000; 90: 112-15
85. Patussi V. I figli di famiglie con problemi alcol correlati. *Alcologia* 2015; 24: 59-60
86. Aricò S, Zannero A, Galatola G, Valenti M, Corrao G. Family compliance to a treatment programme for alcoholics: a prospective study of prognostic factors. *Alcohol Alcohol* 1994; 29: 679-85
87. Beccaria F, Rolando S. The Italian politics of alcohol: the creation of a public arena at the end of the 20th century. *Int J Drug Policy* 2015; 26: 662-9

88. Curzio O, Tilli A, Mezzasalma L et al. Characteristics of alcoholics attending “clubs of alcoholics in treatment” in Italy: a national survey. *Alcohol Alcohol* 2012; 47: 317-21
89. Rubio G, Marín M, Arias F et al. Inclusion of Alcoholic Associations Into a Public Treatment Programme for Alcoholism Improves Outcomes During the Treatment and Continuing Care Period: A 6-Year Experience. *Alcohol Alcohol* 2018; 53: 78-88
90. Testino G, Leone S, Ansaldi F, Borro P. Alcohol and liver transplantation: the 6-month abstinence rule is not a dogma. *Transplant Int* 2016; 29: 953-54
91. Balbinot P, Ansaldi F, Testino G. I gruppi di auto-aiuto nell'alcoldipendenza: un farmaco gratuito che agisce sulla clinica e permette prevenzione secondaria. In: Ardis S, Bicchi C, Carraro T. Trent'anni di Carta di Ottawa. Aonia Edizioni 2016; 70-3
92. Balbinot P, Testino G. The introduction of Self Help Group Facilitator in an Alcohol
93. Unit: preliminary results. *Int Arch Subst Abuse Rehabil* 2020; 2: 008
94. Balbinot P, Testino G, Pellicano R. The introduction of the self help groups facilitator in a hepato-alcoholic service: an innovative proposal. *Minerva Gastroenterology* 2021; doi: 10.23736/S2724-5985.21.02851-8
95. Balbinot P, Leone S, Testino G, Caputo F. Hospital readmission of patients with hepatic encephalopathy: is the introduction of the formal caregiver useful in care management? *Digestive and Liver Disease* 2020; 52: 358-9
96. Ting PS, Gurakar A, Wheatley J, Chander G, Cameron AM, Chen PH. Approaching alcohol use disorder after liver transplantation for acute alcoholic hepatitis. *Clin Liver Dis* 2021; 25: 645-71
97. Ting PS, Wheatley J, Chen PH. Behavioral treatment for patient with alcohol related liver disease: a primer for hepatologists. *Clin Liver Dis* 2020; 15: 31-35
98. Testino G, Balbinot P. I giovani e la conquista della libertà. Evoluzione, cervello e dipendenze da sostanze e comportamenti. Liberodiscrivere Editore (www.Liberodiscrivere.it) : 2020

Andrea Quartini, Servizio Alcolologico Territoriale, UFS Ser.D. C Zona 1 Firenze, ASL Toscana Centro.

Valentino Patussi, SOD di Alcologia, Centro Alcolologico Regionale – Regione Toscana, Ospedale Careggi, Firenze.

DOPPIA DIAGNOSI O COMPLESSITÀ DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA? UNA LETTURA CRITICA.

Il concetto di doppia diagnosi è ormai passato in giudicato e quasi tutti gli autori hanno scritto sul tema in relazione agli approcci teorici, a quelli diagnostico-terapeutici, alle linee guida, ai PDTA.

Tuttavia, nel mare magnum del consenso generale, ci sembra doveroso continuare sulla strada della dialettica e del dibattito su approcci che richiedono sempre estrema prudenza e cautela diagnostica e a maggior ragione terapeutica.

Nelle addiction, in effetti, è sempre più complicato, anche in ragione all'ormai chiara evoluzione del fenomeno verso la poliassunzione di sostanze [1] (di comportamenti e stili di vita), comprendere la natura primaria e/o secondaria di un eventuale disturbo psichiatrico associato (precedente, contemporaneo o successivo alle stesse addiction). Infatti, alcune sostanze (come l'alcol, per esempio, e a maggior ragione se associato ad altri farmaci/sostanze) possono contribuire all'espressione di tutte (o quasi) le patologie psichiatriche possibili, sia in fase di intossicazione che di astinenza.

I problemi legati all'uso di alcol sono comuni, come lo sono i disturbi psichiatrici e anche la co-presenza di entrambe le condizioni è comune [3].

Del resto, è del tutto evidente che la complessità diagnostico-terapeutica nei quadri comorbili suggerisce che, "sobriamente" (avverbio non usato a caso), come nel caso della doppia diagnosi, non esistono due diagnosi separate, ma, semmai, condizioni che si influenzano reciprocamente.

Appare altrettanto evidente, in tali casi, che porre la diagnosi di "doppia diagnosi" possa apparire tautologicamente pleonastico. E allo stesso tempo implichi il rischio di una semplificazione di realtà complesse. Così come alcuni Autori hanno parlato in passato di "artefatto diagnostico", anche in considerazione della sovrapposizione di sintomi e patologie, specialmente in campo psichiatrico. È altrettanto vero che per molti versi la "doppia diagnosi" rappresenta una sorta di "disorganizzatore nosografico" [3].

In questi soggetti viene posta una forte attenzione alle problematiche sociali e relazionali molte più che in altre patologie (in cui sarebbe altrettanto importante) così si tende a definire una situazione di particolare complessità non solo sul piano strettamente clinico, ma anche su quello sociale, lavorativo, familiare e di relazione [4]. Riteniamo che invece si porre l'attenzione su chi viene prima se "l'uovo o la gallina" - la si debba spostare comorbilità può eliminare uno dei possibili fattori scatenati l'uso di alcol.

A questa complessità si aggiunge una varietà di modalità di approccio e di organizzazione dei servizi, con interventi paralleli distinti l'uno dall'altro spesso per motivi di aspetto budgettario (presa in carico) e medico legale.

In tal senso riteniamo fondamentale opporre ad un intervento settoriale/ parallelo, che mantiene una omeostasi disfunzionale, un intervento multisetoriale/ intersettoriale/ multilivello che garantisca un approccio olistico/globale; implementare e promuovere una modalità clinica e organizzativa che metta il paziente e la sua famiglia la centro di una rete socio sanitaria grazie alla quale è possibile garantire una gestione omogenea e integrata della salute/ benessere del paziente e della sua famiglia.

Questo modello, a lungo termine, contribuisce a stimolare l'ottimizzazione delle prestazioni e delle risorse sanitarie, favorendo la collaborazione tra i diversi livelli di assistenza così come tra le diverse figure professionali coinvolte.

Nelle addiction susseguenti ad una diagnosi psichiatrica il discorso potrebbe avere declinazioni diverse, seppur, almeno secondo alcuni le forme di addiction secondarie potrebbero non esistere (o almeno pragmaticamente sarebbe più utile considerarle tutte quante primarie anche se associate ad una precedente o successiva diagnosi psichiatrica). Del resto, lo svincolo autoreferenziale di alcol e altre sostanze psicotrope rappresenta la regola e, difficilmente, se rimosso il *primum movens*, si conclude anche l'esperienza addictiva. Inoltre, parlando di sostanze chimiche con una azione psicotropa abbiamo anche la questione della autoterapia o del rinforzo terapeutico di terapie psichiatriche pregresse o in atto. Considerare una diagnosi primaria, cioè che insorge prima, non significa che l'altra diagnosi ne sia la conseguenza e meno importante. La definizione primario e secondario pone una questione solo di merito epidemiologico (anche economico) e non ha nulla di clinico come d'altronde non lo ha in concetto di doppia diagnosi. Paradossalmente potremmo dire che le condizioni cliniche che contribuiscono al concetto di doppia diagnosi sono tutte primarie.

La distinzione fra disturbi da uso ed indotti è fondamentale ma, di fatto, non sempre praticabile perché, spesso, non si può escludere l'induzione dei sintomi da parte della sostanza, dato che non c'è un periodo di astinenza sufficiente. Ciò vale soprattutto per quelle sostanze come cocaina e cannabinoidi per cui non si ha una sindrome di astinenza chiara e definita. Pertanto, è possibile confondere un disturbo indotto con un fenomeno di comorbidità, e quindi sovrastimare la doppia diagnosi.

Vi sono, inoltre, anche evidenti problemi teorici alla base del concetto di doppia diagnosi come: la definizione del rapporto fra le condizioni in comorbidità; la difficoltà di escludere che siano semplicemente disturbi indotti; l'ipotesi che l'associazione sia il risultato di un vizio/bias metodologico.

E tuttavia, una volta appurato che non si tratta semplicemente di un disturbo indotto dall'effetto farmacologico della sostanza, resta complesso stabilire se l'associazione (per cui si può parlare di comorbidità) è casuale, ovvero frutto di un vizio metodologico oppure derivante da un rapporto eziopatogenetico.

In quest'ultimo caso dovremmo cercare di definirne la natura: esiste una vulnerabilità soggiacente che spiega l'associazione dei disturbi oppure uno dei due fenomeni è sottosoglia ed emerge attraverso l'uso della sostanza? C'è invece un rapporto causa-effetto specifico non meglio definibile?

Ecco perché parlare di doppia diagnosi rischia il non senso, o peggio, di surrogare i sistemi di trattamento ad una stressante ricerca di diagnosi e definizioni o, ancora peggio, alla negazione del concetto stesso del necessario approccio clinico sistemico, che invece se ben integrato in modo multidisciplinare e pluriprofessionale permette di reinserire finalmente l'uomo nel suo mondo olistico e globale [6].

La tutela della salute implica l'adozione di un approccio globale, multisetoriale e multilivello, capace di cogliere la peculiarità dei bisogni emergenti nel contesto delle dinamiche complesse di intersectorialità (salute, lavoro, politiche abitative, istruzione, ambiente, ecc.). Concetti come "doppia diagnosi" o come "primaria o secondaria" ad una diagnosi psichiatrica rischiano di porre l'addiction come un mero disturbo funzionale e la salute come un recupero del buon funzionamento non fornendo alcun tipo di modello operativo adeguato.

Il fenomeno crescente di poliuso e la diffusione delle cosiddette "nuove droghe" ha determinato il modificarsi dei quadri clinici e la necessità di un aggiornamento degli interventi e ad una loro sempre maggiore articolazione. Infatti, questi nuovi e vecchi stili di consumo conducono a nuova articolazione clinica: spesso gli utenti manifestano sintomi psichiatrici o comportamenti non codificabili secondo le categorie diagnostiche del DSM oppure un uso problematico di una o più sostanze non inquadrabile come disturbo da uso di grado grave o "dipendenza". In tal senso ci troviamo a dover prendere atto di un fenomeno clinico eterogeneo, per cui, il concetto stesso di doppia diagnosi può addirittura risultare superato e su questo la staticità/rigidità dicotomica dei servizi (SerD o SPDC) determina un forte calo di referenzialità ed autorevolezza, soprattutto in assenza di una reale capacità di integrazione della rete socio-sanitaria delle comunità locali, anche nel contesto delle Case della Salute ancora funzionalmente monche su organici e dotazioni.

Dovremmo, in definitiva superare i sistemi di trattamento sequenziali e/o paralleli, e, data la frequenza dell'alta complessità biopsicosociale dei casi, fare un salto di paradigma verso un autentico sistema integrato diagnostico-terapeutico contestuale [3-5], che riesca a superare se stesso, in chiave di autoreferenzialità, coinvolgendo i vari professionisti e le stesse comunità locali

[7], a partire dalle Case della Salute, luoghi cioè dove l'integrazione può rendersi davvero operativa, riqualificando i territori, da considerare, peraltro, valore aggiunto fondamentale in era Covid-19. Tutto ciò è realizzabile garantendo il rispetto e l'autonomia dei servizi coinvolti.

Vorremmo concludere con una provocazione: il concetto di DOPPIA DIAGNOSI in alcologia potrebbe non essere soddisfatto da una definizione di ordine clinico e potrebbe non essere neppure una precisazione diagnostica, viene spesso confuso con il concetto di comorbidità ma dovrebbe essere principalmente un problema di organizzazione dei servizi sanitari deputati al trattamento e di interessi economici e di spesa sanitaria.

Testo pubblicato su gentile concessione della
rivista **MDD** "Medicina delle Dipendenze".
42: 19-20,2021

Per Corrispondenza

Andrea Quartini, Servizio Alcolologico Territoriale, UFS Ser.D. C Zona 1 Firenze, ASL Toscana Centro. E- mail quartinia@aou-careggi.toscana.it

Bibliografia e Sitografia

1. <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2984/relazione-annuale-al-parlamento-2020-dati-2019.pdf> (Ultima consultazione maggio 2021)
2. DSM V, 2014
3. Comorbidità – EMCDDA, 2004
https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/923/ar2004-it1_69532.pdf (Ultima consultazione maggio 2021)
4. Andre LH, Viana MC, Tòfoli LF, et al. Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Epidemiol. 43:45-53, 2008
5. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe – EMCDDA, 2015
<https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/1988/TDXD15019ENN.pdf> (Ultima consultazione maggio 2021)
6. Patussi V, Marcomini F, Fanucchi T, Balbinot P, Testino G, Caputo F. Disturbo da Uso di Alcol: malattia o altro? Editoriale Rivista Alcologia. 37:11-15, 2019.
7. Quartini A, Fanucchi T, Patussi V. Alcologia: paradigma di una rivoluzione possibile in ambito sociale e sanitario, Editoriale Rivista Alcologia. 19: 4-6, 2014.

Mariano Quartini, Azienda Ospedaliera "S.Maria" – Terni
Antonio Lotito, Specializzando in Malattie dell'Apparato Digerente

EPATOPATIA ALCOL CORRELATA: STATO DELL'ARTE

L'abuso cronico di alcol rappresenta la causa relativamente frequente di patologia nei paesi occidentali come Europa e USA. Infatti, dal 20 al 40% dei soggetti ospedalizzati in questi paesi hanno patologie alcol-relate [1].

Nel mondo 493.000 di decessi annui sono attribuiti ad epatopatie associate all'uso di alcol e se non si adotteranno misure finalizzate a interventi di prevenzione se ne prevede un incremento nei prossimi decenni [2].

Anche l'Italia, nonostante l'importante riduzione del consumo annuo di alcol procapite registrata, rimane una delle nazioni a più alto consumo di bevande alcoliche [3].

Il danno epatico da alcol è caratterizzato da un ampio spettro di quadri clinici, a cui concorrono anche fattori genetici, immunologici, infettivi e nutrizionali.

Si è rilevato che nell'epatopatia da uso di alcol la diagnosi nelle forme precoci è meno frequente rispetto a quella da eziologia virale [4].

Il termine alcolico, nella definizione dello spettro delle manifestazioni non è più adeguato, prediligendo quello di patologia epatica associata all'alcol, tranne per la forma ancora definita di Epatite acuta alcolica [5,6].

Steatosi

È il quadro più frequente del danno da alcol, caratterizzato istologicamente da accumulo di lipidi nella cellula epatica di tipo macrovescicolare prevalentemente in sede perivenulare. Si tratta di un'alterazione benigna, di solito asintomatica, la diagnosi si pone in genere con l'ecografia addominale ed è reversibile con la sospensione dell'assunzione alcolica. Si può accompagnare a modeste alterazioni degli indici di funzionalità epatica, come ipertransaminasemia ed elevazione della gamma-GT.

Steatoepatite

È una combinazione di steatosi epatica, infiammazione diffusa del fegato e necrosi epatica spesso focale. Gli epatociti danneggiati possono presentare una degenerazione balloniforme, o contenere corpi di Mallory e quelli gravemente danneggiati diventano necrotici.

Si può manifestare in forme lievi e reversibili o evolutive verso la cirrosi con le sue possibili complicanze.

Il trattamento è quello dell'astensione.

Epatite acuta alcolica

Questa è una sindrome clinica che si caratterizza per la presenza di ittero insorto rapidamente ed insufficienza epatica che generalmente insorge dopo anni di consumo di alcol di grado moderato, a volte anche dopo la sua sospensione recente, con una incidenza tipica fra i 40 e i 60 anni d'età.

Clinicamente all'ittero si può associare febbre, ascite, encefalopatia epatica. A livello di laboratorio incremento delle transaminasi soprattutto AST rispetto alle ALT, leucocitosi neutrofila, iperbilirubinemia, aumento INR e della creatinina come fattore prognostico negativo. Se necessario eseguire biopsia epatica per una conferma diagnostica è indicato praticarla per via transgiugulare per il rischio emorragico e a livello istologico si riscontra il reperto della steatoepatite con neutrofili ed anche fibrosi di grado variabile in genere a livello perivenulare.

In alcuni casi può manifestarsi anche come episodio di insufficienza epatica acuta su cronica in soggetti in cui non era stata ancora diagnosticata una cirrosi.

La valutazione clinica ai fini prognostici e terapeutici si basa su alcuni score:

Maddrey score (mDF) che utilizza il dato INR e della bilirubinemia

Glasgow Alcoholic Hepatitis score (GAHS) che utilizza i dati: età del paziente, leucocitosi, azotemia, bilirubinemia, INR.

MELD score è classicamente utilizzato in ambito di trapianto epatico e se superiore a 21 si associa a mortalità a 90 giorni del 20%.

Lille score è un punteggio che si basa sull'evoluzione della bilirubinemia a 7 giorni dall'inizio della terapia steroidea per valutarne la sospensione o la continuazione.

Il trattamento si basa su un adeguato supporto nutrizionale per via orale e la supplementazione del complesso vitaminico B e sulla valutazione per eventuale terapia steroidea che presuppone la valutazione del rischio infettivo ed emorragico gastrointestinale.

La diminuzione spontanea della bilirubinemia nei primi 7gg è alla base di un'evoluzione favorevole senza necessità di terapia steroidea [7].

Se $mDF \geq 32$ o $GAHS \geq 9$ è indicato iniziare trattamento con Prednisolone 40mg/die, al 7° giorno viene valutata l'efficacia del trattamento con il Lille score, se $< 0,45$ si continua per 28 giorni e se $\geq 0,45$ si sospende.

In casi selezionati nei pazienti non rispondenti alla terapia medica è da prendere in considerazione l'indicazione precoce al trapianto [8].

Il trattamento con N-AcetilCisteina (NAC) e Pentossifillina non si è dimostrato statisticamente che migliorino i risultati della terapia steroidea. Prospettive future in corso di valutazione, con anti-TNF α , G-CSF, trapianto fecale.

Cirrosi epatica

Il rischio di progressione verso lo stadio avanzato della patologia epatica alcol-relata è correlato a: tabagismo, sesso, etnia, comorbidità come diabete e obesità, disbiosi intestinale, infezione cronica di HBV-HCV e/o HIV, emosiderosi, deficit di α -antitripsina, fattori genetici come il polimorfismo del gene PNPLA3 e varianti genetiche di TM6SF2 e MBOAT7, la tipologia delle abitudini alcoliche.

L'approccio diagnostico nelle forme compensate è possibile con l'utilizzo del Fibroscan, tenendo conto che i cut-off per la valutazione della stiffness epatica sono superiori a quelli in caso di epatite virale cronica. Nell'interpretazione dei valori si dovrà tener conto del dato dell'AST e della bilirubinemia [9].

La patologia cirrotica può essere associata ad altre manifestazioni extra-epatiche alcol-relate come cardiomiopatia, pancreatite acuta e cronica, complicanze neurologiche a livello del sistema nervoso centrale e periferico.

Il trattamento si basa sull'astensione alcolica, interventi sulle componenti della sindrome metabolica, supporto nutrizionale relativamente all'aspetto calorico, vitaminico e dei micronutrienti.

Inoltre, l'approccio terapeutico dovrà essere rivolto alla profilassi e al trattamento delle complicanze della cirrosi.

Il trapianto di fegato negli ultimi tempi e sempre più lo sarà in futuro è in aumento proporzionale rispetto alla cirrosi da altre eziologie. La valutazione per il trapianto di fegato dovrà basarsi sia sugli aspetti clinici per i requisiti necessari come il MELD >15, ma anche su un intervento multidisciplinare per valutare il contesto psico-sociale al fine di non essere condizionati unicamente dal criterio dei sei mesi di astensione. A questo proposito è emergente la considerazione che nei casi in cui il quadro clinico sia rapidamente evolutivo, con un MELD di 19, in casi selezionati e che un'attesa ulteriore sia compromettente quoad vitam, tre mesi di astensione siano sufficienti per l'indicazione al trapianto [10].

Per Corrispondenza

Mariano Quartini, Azienda Ospedaliera "Santa Maria" – Terni. E-mail m.quartini@aosp terni.it

Bibliografia

1. Singal A.K. et al: ACG Clinical Guideline: Alcoholic Liver Disease, Am J Gastroenterol, 2019
2. Julien J. Et al: Projected prevalence and mortality associated with alcohol-related liver disease in the USA, 2019–40: a modelling study, Lancet Public Health, 2020
3. Addolorato G. et al: Alcohol associated liver disease 2020: A clinical practice guideline by the Italian Association for the Study of the Liver (AISF), DLD, 2020
4. Shah N.D. et al: Alcohol-Related Liver Disease is rarely detected at early stages compared with liver diseases of other etiologies worldwide, CI Gastroenetrol and Hepatol, 2019
5. Crabb D.W. et al: Diagnosis and Treatment of Alcohol-Associated Liver Diseases: 2019 Practice Guidance From the American Association for the Study of Liver Diseases. Hepatology, 2019
6. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-relatedliver disease, J of Hepatol, 2018
7. Parker R. et al: Trajectory of Serum Bilirubin Predicts Spontaneous Recovery in a Real-World Cohort of Patients With Alcoholic Hepatitis, CI Gastroenterol and Hepatol, 2021
8. 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), DLD, 2019
9. Pose E., Ginès P.: Transient elastography for alcoholic liver disease: a step forward, Lancet Gastroenterol Hepatol, 2018
10. Testino G. et al: Acute alcoholic hepatitis, end stge alcoholic liver disease and loiver transplantation: An italian position statement. WJG, 2014

Antonio Di Biagio, Clinica Malattie Infettive, Ospedale Policlinico San Martino, Genova, Italy
Lorenzo Crupi, Clinica Malattie Infettive, Ospedale Policlinico San Martino, Genova, Italy
Lucia Taramasso, Clinica Malattie Infettive, Ospedale Policlinico San Martino, Genova, Italy

LA TERAPIA ANTIVIRALE NEI PAZIENTI CON DISORDINE DA USO DI ALCOL E CO-INFEZIONI DA VIRUS HBV, HCV E HIV

INTRODUZIONE

In questo articolo esamineremo le interazioni patogenetiche che l'alcool instaura con HCV, HBV e HIV. Per ogni agente eziologico valuteremo inoltre lo stato dell'arte della terapia, definendo le caratteristiche di un adeguato trattamento antivirale.

HCV

Prima di valutare i progressi nella terapia di HCV, è innanzitutto importante definire le caratteristiche di un trattamento adeguato. L'obiettivo primario della terapia antivirale per HCV è quello di curare l'infezione, ottenendo una risposta virologica sostenuta (SVR, Sustained Virologic Response), definita come una carica virale non rilevabile (HCV-RNA <50 UI/ml) a 24 settimane dalla sospensione del trattamento. Il fine ultimo è evitare la morte per epatopatia, rallentando il processo di infiammazione e fibrosi, ostacolando l'instaurarsi di un quadro cirrotico e dunque andando a prevenire l'insorgenza di carcinoma epatocellulare (HCC, Hepatocellular Carcinoma) [1-2].

Il virus dell'epatite C è stato scoperto solo verso la fine degli anni 90, dopo una ricerca di quasi 15 anni; fino a quel momento tutte le forme di epatite post-trasfusionale o associata a uso di droghe endovenose non riconducibili a HBV e, ovviamente, ad HAV, venivano classificate come NANB hepatitis (non-A, non-B). La scoperta effettiva del virus dell'epatite C coincide con l'inizio della cosiddetta "era dell'interferone" (IFN- α), già impiegato per il trattamento di HBV e delle stesse epatiti NANB. Benchè efficace, il solo IFN- α si era rivelato insufficiente nell'ottenere una SVR duratura, senza contare i frequenti effetti collaterali. Il passo successivo fu quindi quello di aggiungere un analogo nucleosidico: il trattamento combinato con IFN- α e Ribavirina (RBV) venne approvato come standard of care per il trattamento dell'epatite cronica da HCV nel 1999, con buoni risultati in termini di outcomes clinici e qualità della vita. In seguito, anche grazie ad una migliore comprensione della cinetica di HCV, venne sostituito con la sua forma pegilata (PegIFN- α); questo schema venne approvato ufficialmente nel 2001 e rimase lo standard of care per i successivi 10 anni. L'impiego dei primi farmaci antivirali ad azione diretta (DAA, Direct-Acting Antivirals) risale dunque al 2011. Una più completa conoscenza della struttura molecolare di HCV e del suo ciclo replicativo permise lo sviluppo di nuovi inibitori della proteasi NS3/4A come Telaprevir (TVR) e Boceprevir (BOC), approvati per l'uso in combinazione con PegIFN- α e RBV. Nonostante l'azione inibente sulla

replicazione virale, il loro limite era la frequente selezione di ceppi resistenti in pazienti con bassa risposta alla terapia con PegIFN- α . La terapia con questi due farmaci era inoltre gravata da una significativa frequenza di effetti collaterali e reazioni avverse talvolta gravi o addirittura fatali. Questi limiti, ed in particolare la tossicità, risultarono ancora più marcati nell'attività clinica quotidiana, distante dalla realtà selezionata dei trial clinici. A partire dal 2014 vennero sviluppate molte strategie che si basavano sulla tripla combinazione di PegIFN- α , ribavirina e DAA inibitori della proteasi NS3/4A (sofosbuvir, simeprevir) o un inibitore di prima generazione di NS5A (daclatasvir). Infine, non appena fu chiaro che era possibile raggiungere la SVR senza la necessità di PegIFN- α , ebbe inizio l'era IFN-free. Nuovi regimi vennero approvati a partire dall'inizio del 2015 (es. sofosbuvir/ledipasvir o la tripla combinazione di paritaprevir-ritonavir/ombitasvir/dasabuvir). L'evoluzione finale nella lotta ad HCV è rappresentata dai regimi cosiddetti pan-genotipici (es. glecaprevir/pibrentasvir, sofosbuvir-velpatasvir), sviluppati a partire dal 2017, con i loro indubbi vantaggi in termini di approvvigionamento, riduzione della dipendenza da costosi test di genotipizzazione e continui follow up laboratoristici. I tassi di SVR, dopo solo due decenni di trial clinici, sono passati dal 42-56% dei regimi PegIFN- α /RBV al 95% dei regimi IFN-free basati su DAA [3]. Se compariamo i vecchi regimi IFN-based con le odierne terapie coformulate (STR, single tablet regimens) vediamo come queste ultime siano efficaci e di semplice impiego. La priorità è massimizzare la risposta virologica pur minimizzando la durata del trattamento, anche alla luce dei costi attuali previsti per un ciclo di terapia. I recenti progressi potrebbero far sì che in futuro tutti i pazienti possano essere curati con regimi orali ben tollerati, a patto ovviamente di avere di accesso alle cure. Appare dunque lecito domandarsi se sia possibile, grazie all'impiego dei farmaci, giungere all'eliminazione di HCV in specifiche regioni o popolazioni a rischio; l'eradicazione globale, anche se teoricamente possibile per l'assenza di un reservoir animale, è infatti ancora un obiettivo distante in assenza di un vaccino efficace [4-5].

Numerose evidenze mostrano la sinergia esistente fra alcool e virus dell'epatite C. Il rischio di cirrosi e HCC è aumentato negli alcolisti con infezione da HCV, che peraltro presentano un andamento decisamente peggiore rispetto ai non infetti. Nonostante questi rischi, l'abuso di bevande alcoliche risulta maggiore tra le persone con infezione da HCV [6-11]. Appare dunque prioritario sfruttare i recenti sviluppi nel campo dei farmaci per trattare le persone che presentino anche un disordine da uso di alcool, in quanto soggetti a un maggior rischio di complicanze. Studi dimostrano infatti come i tassi assoluti di SVR in seguito a trattamento con DAA siano alti a prescindere dal livello di consumo di alcool o in pazienti con storia di abuso di alcool e/o droghe [12-13]. Se consideriamo inoltre che nei pazienti con epatite cronica da HCV e fibrosi avanzata il raggiungimento della SVR è correlato con una mortalità quattro volte inferiore per tutte le cause di morte [14], sono supportate le raccomandazioni a non escludere dal trattamento queste popolazioni a rischio.

HBV

A differenza dell'infezione da HCV, HBV oggi è prevenibile tramite la vaccinazione. Ma a differenza dell'HCV non esiste un trattamento eradicante. Per quanto riguarda i meccanismi con cui l'alcol aumenta la progressione della malattia sono meno compresi nei pazienti con HBV rispetto ai pazienti HCV. Inoltre, l'abuso di alcol potrebbe compromettere la risposta alla terapia con interferone alfa nei pazienti con epatite cronica B (come per la C), anche se questo è ancora controverso, e può aumentare il rischio di HCC nei pazienti con bassi livelli di HBV DNA soppressi dalla terapia nucleosidica/nucleotidica. Per quanto concerne l'infezione cronica da HBV, gli studi mostrano come il consumo leggero o moderato di alcool abbia effetti relativamente modesti in termini di outcomes clinici. Al contrario un consumo elevato di bevande alcoliche accelera significativamente la progressione a cirrosi e conseguentemente verso lo sviluppo di HCC. La letteratura non fornisce riferimenti precisi circa quantità di alcool che costituisce la soglia di rischio per lo sviluppo di tumore ma la netta correlazione suggerisce che ai pazienti con epatite cronica da HBV debba essere raccomandata l'astinenza da bevande alcoliche.

I tre analoghi nucleosidici entecavir e tenofovir disoproxil fumarato e tenofovir alafenamide rappresentano gli antivirali di scelta per la terapia dell'epatite cronica da HBV [15].

HIV

Analogamente a quanto avviene per HCV, l'abuso di alcool risulta sinergico con l'infezione da HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) a vari livelli.

Il consumo di bevande alcoliche aumenta innanzitutto la probabilità di trasmissione e acquisizione dell'infezione. La ridotta percezione del pericolo e la maggiore disinibizione favoriscono l'assunzione di comportamenti a rischio come rapporti sessuali non protetti, una maggiore promiscuità e lo scambio di rapporti sessuali con denaro o droga. Tutti questi fattori aumentano peraltro la probabilità di acquisizione di STDs (*sexually transmitted diseases*), a loro volta fattori di rischio per la trasmissione di HIV. Favorendo la replicazione virale, l'alcool porta a un'aumentata carica virale nello sperma e nel secreto vaginale. Infine, la spiccata attivazione immunologica incrementa il numero di cellule bersaglio disponibili per il virus a livello sistemico e dei siti di trasmissione.

Non bisogna poi dimenticare l'effetto negativo dell'alcool sull'efficacia della ART (*AntiRetroviral Therapy*). Prima di tutto i pazienti con storia di abuso di alcolici tendono ad avere una scarsa compliance alla terapia antiretrovirale, laddove quest'ultima risulta invece elemento fondamentale per il successo del trattamento; il rischio di scarsa aderenza correla con la complessità del regime terapeutico. In secondo luogo, poiché l'alcool utilizza le stesse vie metaboliche enzimatiche di alcuni farmaci antivirali, può di fatto dare luogo a meccanismi di interazione che si riflettono ad esempio in concentrazioni di farmaco inferiori o inappropriatamente superiori a quelle desiderate. Se questo non bastasse, dobbiamo inoltre considerare la tossicità diretta dell'alcool sul tessuto epatico e il suo

effetto deleterio in un quadro di epatite per coinfezione con HBV o HCV (frequenti in questi pazienti): anche in questo caso il risultato sarà un alterato metabolismo dei farmaci e/o un incremento potenziale della tossicità. Infine, i già citati meccanismi di attivazione immunologica e l'effetto di potenziamento della replicazione virale possono contribuire ulteriormente al fallimento della ART. La terapia dell'infezione da HIV consiste in una terapia cronica, long life dove l'aderenza costituisce il pilastro fondamentale del successo virologico [16-17].

Il futuro della terapia antiretrovirale sarà mediante farmaci long acting che potranno migliorare l'aderenza in alcuni setting particolari di popolazione, anche se i dati ad oggi disponibili nei soggetti che abusano di alcool sono scarsi [18].

Conclusioni

In conclusione, alla luce delle interazioni patogenetiche tra il consumo di alcool e le patologie virali in esame, tutti i pazienti con una storia di disordine da uso di alcool andrebbero trattati precocemente con antivirali in quanto popolazione a rischio.

Per Corrispondenza

Antonio Di Biagio, Clinica di Malattie Infettive, Ospedale Policlinico San Martino, IRCCSS DiSSal, Università degli Studi di Genova, c/o Padiglione Patologie Complesse Largo R. Benzi 10, Genova 16132, Italy. E-mail: Antonio.dibiagio@hsanmartino.it

Bibliografia

1. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol*. 2011;55(2):245-264
2. Ghany MG, Strader DB, Thomas DL, Seeff LB; American Association for the Study of Liver Diseases. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: an update. *Hepatology*. 2009 Apr;49(4):1335-74.
3. Di Biagio, A., Taramasso, L. & Cenderello, G. Treatment of hepatitis C virus genotype 4 in the DAA era. *Virology* 15, 180 (2018).
4. Pawlotsky JM, Feld JJ, Zeuzem S, Hoofnagle JH. From non-A, non-B hepatitis to hepatitis C virus cure. *J Hepatol*. 2015 Apr;62(1 Suppl): S87-99.
5. Mann M, et al. *Nat Rev Dis Primers* 2017;3:1–19. Manns MP, Buti M, Gane E, Pawlotsky JM, Razavi H, Terrault N, Younossi Z. Hepatitis C virus infection. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 Mar 2;3:17006.
6. Corrao G, Aricò S. Independent and combined action of hepatitis C virus infection and alcohol consumption on the risk of symptomatic liver cirrhosis. *Hepatology*. 1998 Apr;27(4):914-9.
7. Donato MF, Arosio E, Monti V, Fasani P, Prati D, Sangiovanni A, Ronchi G, Colombo M. Proliferating cell nuclear antigen assessed by a computer-assisted image analysis system in patients with chronic viral hepatitis and cirrhosis. *Dig Liver Dis*. 2002 Mar;34(3):197-203.
8. Hutchinson SJ, Bird SM, Goldberg DJ. Influence of alcohol on the progression of hepatitis C virus infection: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005 Nov;3(11):1150-9.
9. Tsui JI, Pletcher MJ, Vittinghoff E, Seal K, Gonzales R. Hepatitis C and hospital outcomes in patients admitted with alcohol-related problems. *J Hepatol*. 2006 Feb;44(2):262-6.
10. Armstrong GL, Wasley A, Simard EP, McQuillan GM, Kuhnert WL, Alter MJ. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1999 through 2002. *Ann Intern Med*. 2006 May 16;144(10):705-14.
11. Taylor AL, Denniston MM, Klevens RM, McKnight-Eily LR, Jiles RB. Association of Hepatitis C Virus With Alcohol Use Among U.S. Adults: NHANES 2003-2010. *Am J Prev Med*. 2016 Aug;51(2):206-215.
12. Tsui JI, Williams EC, Green PK, Berry K, Su F, Ioannou GN. Alcohol use and hepatitis C virus treatment outcomes among patients receiving direct antiviral agents. *Drug Alcohol Depend*. 2016 Dec 1;169:101-109.
13. Brooks KM, Castillo-Mancilla JR, Morrow M, MaWhinney S, Rowan SE, Wyles D, Blum J, Huntley R, Salah LM, Tehrani A, Bushman LR, Anderson PL, Kiser JJ. Adherence to Direct-Acting Antiviral Therapy in People Actively Using Drugs and Alcohol: The INCLUD Study. *Open Forum Infect Dis*. 2020 Nov 19;8(1):ofaa564.

14. Van Der Meer AJ, JAMA, 2012 van der Meer AJ, Veldt BJ, Feld JJ, Wedemeyer H, Dufour JF, Lammert F, Duarte-Rojo A, Heathcote EJ, Manns MP, Kuske L, Zeuzem S, Hofmann WP, de Knecht RJ, Hansen BE, Janssen HL. Association between sustained virological response and all-cause mortality among patients with chronic hepatitis C and advanced hepatic fibrosis. JAMA. 2012 Dec 26;308(24):2584-93.
15. Iida-Ueno A, Enomoto M, Tamori A, Kawada N. Hepatitis B virus infection and alcohol consumption. World J Gastroenterol. 2017 Apr 21;23(15):2651-2659.
16. Szabo G. and S. Zakhari, Mechanisms of alcohol-mediated hepatotoxicity in human-immunodeficiency-virus-infected patients. World J Gastroenterol, 2011. 17(20): 2500-6.
17. Antinori, A; Di Biagio, A; Marcotullio, S; Sarmati, L; Andreoni, M; Angarano, G; Chirianni, A; d'Arminio Monforte, A; Di Perri, G; Galli, M; Gianotti, N; Girardi, E; Gori, A; Mussini, C; Perno, C; Lazzarin, A. Evidence-based renewal of the Italian guidelines for the use of antiretroviral agents and the diagnostic-clinical management of HIV-1 infected persons. NEW MICROBIOLOGICA 2018; 41:247-255
18. Berruti M, Riccardi N, Canetti D, Lo Caputo S, Taramasso L, Di Biagio A. Injectable Antiretroviral Drugs: Back to the Future. Viruses. 2021 Feb 2;13(2):228.

Roberta Agabio, Dipartimento di Scienze Biomediche. Sezione di Neuroscienze e Farmacologia Clinica Università di Cagliari

BACLOFEN E DISTURBO DA USO DI ALCOL

Il baclofen è un farmaco agonista del recettore GABA_B disponibile in Italia per il trattamento della spasticità da quasi 50 anni in formulazioni da assumere per via orale e da oltre 20 anni in formulazioni per la somministrazione intratecale [1]. Le formulazioni intratecali sono state realizzate per ovviare alla scarsa capacità del baclofen di attraversare la barriera emato-encefalica e raggiungere, nel Sistema Nervoso Centrale, le concentrazioni necessarie per indurre l'effetto terapeutico senza incorrere negli effetti collaterali che si verificano quando vengono utilizzate dosi elevate per via orale (ad es., sedazione, confusione e vertigini) [2]. La lunga disponibilità ha permesso ai medici di conoscere in dettaglio i sintomi da intossicazione (attraverso i casi di iperdosaggio involontario per via intratecale) e da astinenza da baclofen (attraverso i casi di involontaria interruzione della somministrazione per via intratecale) [3].

Negli ultimi 20 anni, una serie di studi preclinici ha suggerito un ruolo potenziale del baclofen nel trattamento del disturbo da uso di alcol (DUA) [4]. I risultati ottenuti sui modelli preclinici di alcolismo, quali le linee di ratti selezionate geneticamente in base alla loro preferenza per la soluzione alcolica rispetto all'acqua, sono particolarmente utili nello studio dei farmaci per il trattamento del DUA. Questi modelli consentono infatti di eliminare, o almeno ridurre notevolmente, la variabilità interindividuale nella risposta ai farmaci e l'effetto placebo che invece condizionano gli studi clinici. Nel caso del baclofen, gli studi preclinici hanno riscontrato una efficacia dose-dipendente di questo farmaco nel ridurre il consumo di alcol e le proprietà gratificanti dell'alcol nell'animale di laboratorio [4].

In seguito a queste evidenze precliniche, molti studi clinici (case report, studi in open, studi retrospettivi, studi randomizzati e controllati) hanno tentato di replicare questi risultati promettenti [5]. Tra gli studi randomizzati e controllati, il primo risale al 2002 [6] e il più recente al 2021 [7]. Sfortunatamente però gli esiti di questi studi sono discordanti: secondo alcuni studi, i pazienti con DUA che ricevono il baclofen ottengono migliori risultati rispetto ai pazienti che ricevono il placebo ma secondo altri studi non ci sono differenze tra i due gruppi [5]. Anche le metanalisi hanno prodotto risultati discordanti [5].

Le ragioni delle discrepanze dei risultati ottenuti dagli studi clinici non sono ancora completamente conosciute. Però è stato accertato che numerosi fattori influenzano questi risultati quali la dose giornaliera del baclofen (variabile tra i 30 ai 300 mg), la severità del DUA dei pazienti reclutati, la quantità di alcol consumata dai pazienti prima di essere reclutati, gli obiettivi prefissati dagli studi (mantenimento dell'astensione o riduzione del consumo), il numero di donne reclutate, la presenza o meno di altri disturbi psichiatrici (quali ad esempio ansia e/o depressione), la presenza o meno di disturbi fisici (quali, ad esempio, epatopatia), la modalità di assunzione della dose (fissa o flessibile), il setting dello studio (in regime di ricovero ospedaliero o ambulatoriale), la durata dell'astensione dal consumo di alcol prima dell'inizio del trattamento, l'intensità del trattamento psicologico e la durata del trattamento [5]. Esiste inoltre un'ampia variabilità interindividuale nella farmacocinetica del baclofen e pazienti trattati con la stessa dose di baclofen possono raggiungere concentrazioni ematiche di questo farmaco molto diverse [8]. I risultati di una recente metanalisi confermano l'influenza di questi fattori nel modulare la risposta al baclofen [9]. In dettaglio, questa metanalisi ha dimostrato che i pazienti trattati con il baclofen ottengono migliori risultati rispetto a quelli trattati con il placebo se i pazienti soffrono di ansia all'inizio del trattamento. Al contrario, non esistono differenze tra coloro che assumono baclofen e coloro che assumono placebo se i pazienti non soffrono di ansia all'inizio del trattamento. Lo stesso studio ha evidenziato che la risposta al baclofen sul consumo di alcol non è mediata da una attenuazione dell'ansia perché il baclofen non modifica i sintomi ansiosi [9]. Un'altra conferma della influenza di questi fattori sui risultati ottenuti proviene dal più recente studio randomizzato e controllato [7]. Questo studio ha riscontrato che la risposta al baclofen è differente tra uomini e donne: negli uomini sono efficaci dosi elevate (90 mg al giorno ma non 30 mg) mentre, nelle donne, dosi inferiori (30 mg al giorno e solo marginalmente 90 mg). Nelle donne, inoltre, le dosi elevate (90 mg) inducono più frequenti effetti collaterali e riducono l'adesione al trattamento [7]. Sfortunatamente gli altri studi clinici randomizzati e controllati non hanno fornito i dati suddivisi nella popolazione maschile e femminile [5].

Nonostante l'assenza di chiare evidenze di efficacia, il baclofen viene utilizzato frequentemente off-label nel trattamento del DUA [5]. Al contrario, i farmaci approvati per il trattamento del DUA sono utilizzati raramente nella pratica clinica, nonostante le migliori evidenze di efficacia rispetto al baclofen [10]. Ad esempio, un recente studio ha stimato che meno del 2% della popolazione di individui che potrebbe beneficiare del trattamento farmacologico riceve un trattamento farmacologico per il DUA (ovvero naltrexone, acamprosato o disulfiram) [11]. La scarsa utilizzazione dei farmaci può essere attribuita alla modesta efficacia, agli effetti collaterali e/o alla scarsa maneggevolezza. Eppure, anche trattamenti efficaci e privi di controindicazioni vengono prescritti raramente ai pazienti con DUA. Ad esempio, la tiamina per prevenire la comparsa della encefalopatia di Wernicke, dovuta alla carenza di questa vitamina, molto frequente tra i pazienti con

DUA. Un recente studio ha dimostrato che solo il 2.2% dei pazienti con DUA riceve la tiamina durante le visite in Pronto Soccorso [12]. Quindi, la tiamina non viene somministrata nonostante rappresenti il trattamento di prima scelta nella carenza di tiamina, al pari dell'insulina nel diabete di tipo I [13]. Un tale sottoutilizzo del trattamento ideale sarebbe impensabile e inaccettabile per altre malattie croniche come ipertensione, diabete o ipotiroidismo. Altre ragioni contribuiscono quindi allo scarso utilizzo dei farmaci per il trattamento del DUA quali, ad esempio, il ridotto numero di medici e altri operatori sanitari competenti nel trattamento del DUA che abbiano dimestichezza con i farmaci approvati per questo disturbo [13].

Il baclofen è il farmaco che viene prescritto più frequentemente dagli specialisti in epatologia per il trattamento del DUA [14,15]. In realtà il baclofen pur non essendo approvato per il trattamento del DUA [10], è l'unico farmaco che è stato oggetto di studi randomizzati e controllati in pazienti con DUA e severa malattia epatica. Sfortunatamente anche questi studi hanno prodotto risultati non univoci: secondo alcuni il baclofen è efficace e sicuro nel trattamento del DUA in pazienti affetti da severa epatopatia [16,17]. secondo un altro studio, non esistono differenze tra baclofen e placebo [18]. Secondo il Consensus di 26 ricercatori clinici internazionali, esperti dell'uso del baclofen nel trattamento del DUA, il baclofen dovrebbe essere considerato un farmaco di seconda scelta, da suggerire ai pazienti che non rispondono ai farmaci approvati per il DUA (naltrexone, disulfiram e acamprosato) [19]. Tuttavia, l'uso off-label del baclofen può essere considerato di prima scelta nei pazienti con controindicazioni ai farmaci approvati (per es., pazienti con epatopatia nei quali l'uso di disulfiram e naltrexone è controindicato). È interessante segnalare che il baclofen è ben tollerato, sicuro ed efficace in pazienti con cirrosi epatica per il trattamento dei crampi muscolari [20]. La maggiore familiarità di cui il baclofen gode tra i clinici, grazie alla sua disponibilità per altre indicazioni, contribuisce al suo maggiore utilizzo per il trattamento del DUA tra i pazienti epatopatici, rispetto agli altri farmaci approvati [14,15]. Per questo è urgente aumentare il numero di medici e altri operatori sanitari che abbiano dimestichezza con tutte le opzioni terapeutiche disponibili per il trattamento del DUA [13].

Per Corrispondenza

Roberta Agabio, Dipartimento di Scienze Biomediche. Sezione di Neuroscienze e Farmacologia Clinica, Università di Cagliari. E mail agabio@unica.it;

Bibliografia

1. Scheda tecnica del Lioresal, 2021 [PdfDownloadServlet \(agenziafarmaco.gov.it\)](https://www.agenziafarmaco.gov.it)
2. Kent CN, Park C, Lindsley CW. Classics in Chemical Neuroscience: Baclofen. *ACS Chem Neurosci*. 2020 Jun 17;11(12):1740-1755.
3. Dario A, Tomei G: A benefit-risk assessment of baclofen in severe spinal spasticity. *Drug Saf* 2004; 27: 799–818.
4. Colombo G, Gessa GL. Suppressing effect of baclofen on multiple alcohol-related behaviors in laboratory animals. *Front Psychiatry* (2018) 9:475.
5. de Beaurepaire R, Sinclair JMA, Heydtmann M, Addolorato G, Aubin HJ, Beraha EM, Caputo F, Chick JD, de La Selle P, Franchitto N, Garbutt JC, Haber PS, Jaury P, Lingford-Hughes AR, Morley KC, Müller CA, Owens L, Pastor A, Paterson LM, Pélissier F, Rolland B, Stafford A, Thompson A, van den Brink W, Leggio L, Agabio R. The Use of Baclofen as a Treatment for Alcohol Use Disorder: A Clinical Practice Perspective. *Front Psychiatry*. 2019 Jan 4;9:708.
6. Addolorato G, Caputo F, Capristo E, Domenicali M, Bernardi M, Janiri L, et al. Baclofen efficacy in reducing alcohol craving and intake: a preliminary double-blind randomized controlled study. *Alcohol Alcohol* (2002) 37:504–8
7. Garbutt JC, Kampov-Polevoy AB, Pedersen C, Stansbury M, Jordan R, Willing L, Gallop RJ. Efficacy and tolerability of baclofen in a U.S. community population with alcohol use disorder: a dose-response, randomized, controlled trial. *Neuropsychopharmacology*. 2021 Jun 21.
8. Marsot A, Imbert B, Alvarez JC, Grassin-Delyle S, Jaquet I, Lançon C, Simon N. High variability in the exposure of baclofen in alcohol-dependent patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014 Feb;38(2):316-21.
9. Agabio R, Baldwin DS, Amaro H, Leggio L, Sinclair JMA. The influence of anxiety symptoms on clinical outcomes during baclofen treatment of alcohol use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Jun;125:296-313.
10. Reus VI, Fochtmann LJ, Bukstein O, Eyster AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. *Am J Psychiatry* (2018) 175:86-90.
11. Han B, Jones CM, Einstein EB, Powell PA, Compton WM. Use of medications for alcohol use disorder in the US: results from the 2019 national survey on drug use and health. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(8):922–924.23

12. Peck NM, Bania TC, Chu J. Low rates of thiamine prescribing in adult patients with alcohol-related diagnoses in the emergency department. *Am J Drug Alcohol Abuse*. In corso di stampa.
13. Agabio R, Leggio L. Thiamine administration to all patients with alcohol use disorder: why not? *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2021 Oct 28;1-4. In corso di stampa
14. Cotter TG, Ayoub F, King AC, Reddy KG, Charlton M. Practice Habits, Knowledge, and Attitudes of Hepatologists to Alcohol Use Disorder Medication: Sobering Gaps and Opportunities. *Transplant Direct*. 2020 Sep 17;6(10):e603.
15. Im GY, Mellinger JL, Winters A, Aby ES, Lominadze Z, Rice J, Lucey MR, Arab JP, Goel A, Jophilin LL, Sherman CB, Parker R, Chen PH, Devuni D, Sidhu S, Dunn W, Szabo G, Singal AK, Shah VH. Provider Attitudes and Practices for Alcohol Screening, Treatment, and Education in Patients With Liver Disease: A Survey From the American Association for the Study of Liver Diseases Alcohol-Associated Liver Disease Special Interest Group. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021 Nov;19(11):2407-2416.e8.
16. Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, Cardone S, Vonghia L, Mirijello A, Abenavoli L, D'Angelo C, Caputo F, Zambon A, Haber PS, Gasbarrini G. Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study. *Lancet*. 2007 Dec 8;370(9603):1915-22.
17. Morley KC, Baillie A, Fraser I, Furneaux-Bate A, Dore G, Roberts M, Abdalla A, Phung N, Haber PS. Baclofen in the treatment of alcohol dependence with or without liver disease: multisite, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2018 May 2;1-8.
18. Hauser P, Fuller B, Ho SB, Thuras P, Kern S, Dieperink E. The safety and efficacy of baclofen to reduce alcohol use in veterans with chronic hepatitis C: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2017 Jul;112(7):1173-1183.
19. Agabio R, Sinclair JM, Addolorato G, Aubin HJ, Beraha EM, Caputo F, Chick JD, de La Selle P, Franchitto N, Garbutt JC, Haber PS, Heydtmann M, Jaury P, Lingford-Hughes AR, Morley KC, Müller CA, Owens L, Pastor A, Paterson LM, Pélissier F, Rolland B, Stafford A, Thompson A, van den Brink W, de Beaurepaire R, Leggio L. Baclofen for the treatment of alcohol use disorder: the Cagliari Statement. *Lancet Psychiatry*. 2018 Dec;5(12):957-960.
20. Elfert AA, Abo Ali L, Soliman S, Zakaria S, Shehab El-Din I, El Khalawany W, Abd-Elsalam S. Randomized placebo-controlled study of baclofen in the treatment of muscle cramps in patients with liver cirrhosis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2016 Nov;28(11):1280-4.

Rinaldo Pellicano: Struttura Complessa di Gastroenterologia-U, Ospedale Molinette (AOU Città della Salute e della Scienza), Torino, Italia

ENCEFALOPATIA EPATICA: INQUADRAMENTO E TRATTAMENTO NEI PAZIENTI CON CIRROSI EPATICA ALCOLICA

L'encefalopatia porto-sistemica o encefalopatia epatica (EE) è una sindrome neuropsichiatrica caratterizzata dalla compromissione delle normali funzioni cerebrali, che si può manifestare in una percentuale variabile tra 20% e 80% dei pazienti affetti da cirrosi epatica [1-3].

Recenti dati, inerenti la popolazione degli USA, indicano che nell'ultima decade la mortalità dovuta a cause epatiche nei cirrotici è cresciuta in maniera rilevante, in particolare tra quelli con epatopatia alcolica o con steatoepatite non-alcolica, con un notevole contributo svolto dall'EE [4].

In Italia, circa il 20% dei pazienti cirrotici ospedalizzati presentano EE e il 40% di questi saranno ri-ospedalizzati entro un anno per cause correlate all'encefalopatia stessa [3]. Ciò impone una gestione programmata di questi pazienti sia nel breve che nel lungo termine [5]. Di conseguenza, è necessario il coinvolgimento, oltre che del paziente stesso e della sua famiglia, anche del personale medico e infermieristico e del caregiver formale. Quest'ultima è una figura professionale di crescente interesse che funge da collegamento tra il paziente e la sua famiglia, e la struttura sanitaria, permettendo una gestione non solo più appropriata (per esempio con una riduzione dei ricoveri impropri) ma anche economicamente sostenibile [6-7].

Patogenesi dell'EE

La patogenesi multifattoriale dell'EE vede in posizione centrale il coinvolgimento dell'ammonio derivato dal metabolismo proteico ed altre tossine (mercaptani) di origine intestinale. Una caratteristica peculiare dell'EE che si manifesta nei pazienti con epatopatia ad eziologia alcolica, è la partecipazione a tale patogenesi anche dell'etanolo, con il suo effetto sia a livello intestinale (aumento della permeabilità intestinale, alterazioni del microbiota e aumentato assorbimento di ammonio), che cerebrale (effetto tossico sia sui neuroni che sugli astrociti) [1,5].

Alla base della patogenesi dell'EE vi è il sovvertimento dell'architettura epatica, tipica della cirrosi avanzata, che altera la circolazione epatica. In caso di ipertensione portale infatti, il flusso venoso attraverso la vena porta incontra maggiore resistenza e il sangue che proviene dall'intestino lo attraversa con grande difficoltà. Per giungere al cuore esso percorre canali secondari detti circoli collaterali, ma ciò determina il "salto" del passaggio epatico e la mancata depurazione dall'ammonio prodotto nell'intestino in seguito alla degradazione dei composti proteici, e dalle altre tossine intestinali. Quindi, il sangue ricco di ammonio giunge a livello cerebrale e invece di fornire alle cellule

sostanze utili alla formazione di fisiologici neurotrasmettitori, ne trasporta altre che favoriscono la formazione di trasmettitori inefficaci. Si realizza quindi un incremento degli aminoacidi aromatici ed una diminuzione di quelli a catena ramificata. Tale alterazione determina un deterioramento progressivo della funzione cerebrale [1].

Quadri clinici dell'EE

Mentre la manifestazione temporale dell'EE può essere occasionale, persistente o ricorrente, il suo esordio può essere spontaneo o indotto da fattori precipitanti.

In una fase iniziale l'EE può manifestarsi con tremore fine alle mani, alterazioni del ritmo sonno-veglia, insonnia notturna e sonnolenza diurna, alterazioni imprevedibili dell'umore o del senso critico, rallentamento dell'eloquio e confusione dei termini (si usano parole sbagliate per indicare oggetti o azioni ben conosciuti) e aprassia costruttiva, ovvero incapacità a fare disegni semplici a causa del tremore alle mani e della difficoltà a concentrarsi. A tutto ciò si può aggiungere un disorientamento temporo-spaziale. La situazione, se non trattata in tempo, evolve verso uno stato progressivo di rallentamento cerebrale e precipita in uno stato di sonno progressivo che prelude allo stato di coma, spesso reversibile [2].

Il paziente con EE spesso presenta un tipico odore dolciastro del respiro, detto "*fetor hepaticus*". Inoltre, se distende le braccia in avanti con i polsi flessi all'indietro, si osserva un caratteristico tremore muscolare brusco e breve (a battito d'ali), a scosse ritmiche, detto "*flapping tremor*" o "*asterixis*". Con il progredire dello stato confusionale questo segno è sostituito da un aumento anomalo dei riflessi.

Nel paziente con epatopatia ad eziologia alcolica, oltre all'EE, si devono considerare nella diagnosi differenziale potenziali comorbidità, come il *delirium tremens*, manifestazione psicotica che si può manifestare dopo circa 2-3 giorni dall'astensione da alcolici, caratterizzato da allucinazioni a volte di difficile controllo, tremori, astenia, cefalea, tachicardia, e la *sindrome di Korsakoff*, dovuta a deficit di vitamina B1 con amnesia, neuropatia periferica, atassia cerebellare e miopatia. In quest'ultimo caso la lacuna della memoria è a volte colmata da falsi ricordi o resoconti immaginari e confusi (confabulazione).

Fattori precipitanti l'episodio di EE

L'EE si può manifestare in seguito a numerose condizioni ma, più frequentemente, per cause specifiche potenzialmente reversibili (Tabella 1), delle quali la principale in ordine di frequenza è la stipsi [1-3].

Encefalopatia epatica

Fattori Precipitanti

- Stipsi
- Emorragia
- Eccesso di diuretici
- Infezioni
- Shunt intraepatico portosistemico transgiugulare (TIPS)
- Eccesso di proteine nella dieta
- Alcool
- Interventi chirurgici
- Farmaci sedativi/ipnotici
- Carcinoma epato-cellulare

AISF. Dig Liver Dis 2019;51:190-205

Tabella 1. Principali cause precipitanti di EE nel paziente cirrotico

La stasi intestinale delle feci che occorre in corso di *stipsi*, favorisce la produzione e l'accumulo di ammonio in tal sede e nel sangue con le conseguenze sopra indicate. L'*emorragia* dal tratto gastroenterico (per esempio da rottura di varici esofago-gastriche) induce un aumento dell'azoto e di conseguenza dell'ammonio intestinale. I farmaci *sedativi/ipnotici*, usati in alcuni casi per trattare l'irritabilità dei pazienti con EE, possono aumentare lo stato confusionale e quindi lo stato di irritabilità dei pazienti che diventa incontrollabile. I farmaci *diuretici*, se usati in modo inappropriato (cioè senza un equilibrio del bilancio idrico), determinano disidratazione con perdita di sodio e potassio nel sangue, inducendo insufficienza renale e variazione del pH ematico, che a sua volta determina un incremento dell'ammonio nel circolo ematico, con scatenamento delle manifestazioni cliniche sopra riportate. Analogo effetto hanno le *infezioni*, che alterano una vasta serie di parametri tra i quali quelli del pH ematico. Tali effetti, esito di infezioni che possono manifestarsi in ogni distretto corporeo, sono ancor più severi in presenza di ascite (versamento liquido a livello addominale) infetta, configurando la cosiddetta peritonite batterica spontanea. La combinazione di ascite e insufficienza renale hanno un effetto scatenante sull'EE con conseguenze devastanti per la prognosi del paziente.

Diagnosi di EE

La raccolta anamnestica riveste un ruolo chiave, perché la conoscenza della storia già nota di cirrosi del paziente, permette un rapido inquadramento diagnostico davanti a un quadro di sindrome neuropsichiatrica tipo EE. È fondamentale comunque effettuare sempre una diagnosi differenziale con cause diverse da quella epatica considerando le eziologie alternative riportate in Tabella 2.

<p>Cause tossiche</p> <ul style="list-style-type: none">▶ alcol▶ farmaci <p>Cause metaboliche</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Diabete▶ Ipossia▶ Narcosi (CO₂) <p>Eventi intracranici</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Emorragia o infarto intracerebrale▶ Tumore▶ Infezioni (ascessi meningiti)▶ Encefaliti
--

Tabella 2. Principali cause di encefalopatia da considerare nel paziente cirrotico oltre all'EE

In questo, anche l'esame obiettivo mantiene un ruolo cruciale nel provvedere ad una valutazione sia del sistema nervoso centrale che periferico.

Un paziente cirrotico con alterazioni neuropsichiatriche, non-responder ad un trattamento standard per EE, dovrà essere indagato con il dosaggio dell'ammoniemia e/o indagini neurologiche di imaging (se possibile su indicazione neurologica). Il dosaggio dell'ammoniemia deve essere effettuato su sangue arterioso, perché quello di origine venosa contiene anche ammonio di origine muscolare. Da sottolineare che mentre l'ammoniemia nei cirrotici è spesso elevata, indipendentemente dallo stato neuropsichiatrico, la presenza di valori di ammonio nei limiti di norma in un paziente con disturbi neuropsichiatrici, indirizza il clinico verso altre diagnosi [1-3].

Gestione terapeutica

Il primo approccio ad un paziente con EE, oltre che prevedere ovviamente il trattamento di eventuali fattori precipitanti identificati (come emorragie o infezioni), è quello di effettuare la pulizia dell'intestino mediante clistere evacuativo. Questa manovra può essere ripetuta nella giornata, considerando la necessità di evitare disidratazione, fino alla normalizzazione della situazione

neurologica [1-3].

Tenendo in conto la tendenza alle ricorrenze degli episodi di EE (come già indicato), è fondamentale prevenire la stipsi utilizzando quotidianamente dei lassativi per via orale (in genere in sciroppo), dei quali quelli maggiormente indicati sono i disaccaridi non assorbibili (lattulosio e lattitolo). Questi ultimi permettono di eliminare l'ammonio luminale, alterano positivamente la flora batterica intestinale (favorendo la proliferazione dei batteri saccarolitici a svantaggio di quelli proteolitici, produttori di ammonio) e acidificano il lume intestinale mediante la produzione di acido lattico o acetico da parte del microbiota. La dose iniziale di tali lassativi è 20 ml per 2 volte al giorno, ottimizzandola fino ad ottenere 2 o 3 evacuazioni giornaliere di feci morbide. Una recente metanalisi, in corso di pubblicazione, ha riportato che l'utilizzo di soluzioni di polietilenglicole può permettere di ottenere vantaggi, rispetto a lattulosio, sia in termini di rapida ripresa dalla fase acuta dell'EE che di riduzione della durata del ricovero [8].

Qualora il paziente manifesti un nuovo episodio di EE entro i 6 mesi dal primo è indicato associare a questi disaccaridi un antibiotico non assorbibile come la rifaximina, che permette di ridurre significativamente sia il tasso di ospedalizzazione che la prevenzione delle recidive a breve e a lungo termine [9-12]. Ciò si riflette positivamente sul miglioramento della qualità di vita. La sua formulazione di 550 mg somministrata per 2 volte al giorno migliora notevolmente l'aderenza alla terapia, permettendo un minor numero di somministrazioni rispetto alla formulazione tradizionale. Controversi sono i dati sull'utilità degli aminoacidi ramificati sia nella fase acuta dell'EE che nella profilassi delle recidive [1-3].

L'unica terapia definitiva dell'EE rimane il trapianto epatico

Conclusione

L'EE rappresenta una frequente complicanza della cirrosi epatica per la quale si sono compiuti negli ultimi anni notevoli progressi legati al suo trattamento in fase acuta ma soprattutto nella profilassi, grazie all'utilizzo di farmaci sia lassativi che antibiotici in grado di modificare prima la componente intestinale e poi quella cerebrale di tale condizione.

L'EE richiede un approccio multidisciplinare medico e infermieristico, ma anche il coinvolgimento dei familiari dei pazienti e della figura del caregiver formale, con lo scopo di ottimizzare le ospedalizzazioni e i costi. A differenza delle forme di epatopatia ad eziologia non esotossica, nel caso del paziente con cirrosi da alcol si devono considerare peculiarità legate alla difficoltà di trattare la causa del danno e al possibile disagio sociale del paziente che può limitare la compliance diagnostica e terapeutica.

Per Corrispondenza

Rinaldo Pellicano, Ambulatori di Gastroenterologia, Ospedale Molinette-SGAS, Via Cavour 31, 10126 Torino, Italia. E-mail: rinaldo_pellican@hotmail.com

Bibliografia

1. Singal et al. ACG clinical guideline: alcoholic liver disease. *Am J Gastroenterol* 2018;113:175-94.
2. American Association for the Study of Liver Disease, European Association for the Study of the Liver. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 practice guideline by the European Association for the Study of the Liver and the American Association for the Study of Liver Disease. *J Hepatol* 2014;61:642-59.
3. Montagnese et al. Hepatic encephalopathy 2018: A clinical practice guideline by the Italian Association for the Study of the Liver (AISF). *Dig Liver Dis* 2019;51:190-205.
4. Shankar et al. Extrahepatic causes of death in cirrhosis compared to other chronic conditions in the United States, 1999-2017. *Ann Hepatol* 2021; Online ahead of print.
5. Testino et al. Addiction disorders: a need for change. Proposal for a new management. Position paper of SIA, Italian Society on Alcohol. *Minerva Med* 2018;109:369-85.
6. Balbinot et al. Hospital readmission of patients with hepatic encephalopathy: Is the introduction of the formal caregiver useful in care management? *Dig Liver Dis* 2020;52: 358-9
7. Balbinot et al. The introduction of the self help groups facilitator in a hepato-alcoholic service: an innovative proposal. *Minerva Gastroenterol (Torino)*. 2021; doi: 10.23736/S2724-5985.21.02851-8. Online ahead of print
8. Li et al. Comparative effectiveness and safety of polyethylene glycol electrolyte solution versus lactulose for treatment of hepatic encephalopathy: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Gastroenterol* 2021; doi: 10.1097/MCG.0000000000001621. Online ahead of print.
9. Bajaj et al. Rifaximin improves driving simulator performance in a randomized trial of patients with minimal hepatic encephalopathy. *Gastroenterology* 2011;140:478-87.
10. Bass et al. Rifaximin treatment in hepatic encephalopathy. *N Engl J Med* 2010;362:1071-81.
11. Sanyal et al. Randomised clinical trial: rifaximin improves health-related quality of life in cirrhotic patients with hepatic encephalopathy-a double-blind placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;34:853-61.
12. Testino 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

Teo Vignoli, UO Dipendenze Patologiche Lugo (RA), AUSL Romagna

Maria Francesca Amendola, UO Alcologia, ASP Cosenza

Fabio Caputo, Centro Universitario per lo Studio e il Trattamento delle Patologie Alcol-Correlate
Dipartimento di Medicina Traslazionale e per la Romagna Università di Ferrara, UO Medicina
Interna Ospedale SS Annunziata Cento, Università di Ferrara

Confronto tra società scientifiche per la valorizzazione della alcologia in Italia

Da più di un anno sono operativi gruppi di lavoro tematici tra tutti i professionisti che si occupano di Alcologia in Italia (Società Scientifiche, Regioni, Privato accreditato, Associazionismo etc.) in previsione della Conferenza Nazionale Alcol, programmata dal Ministero della Salute [1] per il febbraio p.v. Questa occasione, che colpevolmente non veniva organizzata da dieci anni, ha rimesso dopo molto tempo attorno allo stesso tavolo la Società Italiana di Alcologia (SIA), la Società Italiana Tossicodipendenze (SITD) e la Federazione Italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD). Tale percorso intersocietario, tenuto conto dei problemi e patologie alcolcorrelate e i relativi dati epidemiologici, statistici e le evidenze scientifiche in Italia [2,3], ha evidenziato la necessità di meglio definire di valorizzazione della alcologia. Con tale consapevolezza si è costituito un gruppo di lavoro congiunto tra le Società su menzionate al fine di produrre un documento condiviso da ultimare prima della Conferenza Nazionale Alcol.

Risulta strategico in questa fase storica di particolare emergenza a causa del Covid, che costringe ad una rivisitazione dei piani sanitari regionali sia da un punto di vista organizzativo, ma anche sugli obiettivi di salute, identificare progetti comuni tra le società scientifiche. Inoltre, tenuto conto che già dal 2017, è in vigore la Legge 24/2017 [4], passata alla cronaca come Legge Gelli, che prevede la possibilità, da parte delle Società Scientifiche accreditate al Ministero della Salute, di produrre Linee Guida sulla disciplina di competenza dopo validazione da parte del Ministero stesso, diventa particolarmente rilevante, dal punto di vista culturale ma anche da quello medico-legale, la collaborazione SIA SITD e FeDerSerD, essendo tra l'altro le società scientifiche accreditate al Ministero della Salute in materia di Alcologia.

Il confronto intersocietario (CI) ha messo in luce alcuni punti identitari della alcologia e in particolare:

- la pluralità della cultura alcolologica che è attraversata da paradigmi interpretativi e riabilitativi anche molto differenti tra loro in quanto è nata e cresciuta in ambiti diversi, che vanno dal mondo dell'associazionismo a quello dei servizi pubblici, passando per i servizi privati sia laici che religiosi, che ora allo stato lavorano in rete tra loro;
- la presenza di ampi spazi di sovrapposizione culturale con diverse discipline, dalla salute pubblica alla tossicologia, dalla psichiatria alla medicina interna, dalla psicologia alle scienze sociali etc. , a causa della trasversalità delle problematiche alcol correlate, che

vanno fronteggiate in termini di prevenzione [5] per quanto riguarda l'uso rischioso di alcol, in termini terapeutici e riabilitativi per quanto riguarda i Disturbi da Uso di Alcol [6], e che si trovano a condividere con la psichiatria l'ampio capitolo della comorbidità psichiatrica [7] e con le discipline internistiche gli ambiti della trapiantologia, della gastroenterologia etc. [8], e con le discipline sociali la logica dei determinanti di salute e di malattia e gli interventi socio-sanitari [9].

Queste caratteristiche rendono ragione dell'essenza multidisciplinare e multi professionale che caratterizza la migliore alcologia che conosciamo ma che spesso viene messa in discussione e non risulta efficace a causa di assetti organizzativi e restrizioni culturali, con la conseguenza di avere una capacità di intercettazione del consumo a rischio di alcol minore del 10% [10] e di trattamento dei Disturbi da Uso di Alcol di circa il 10% nella popolazione italiana [11].

In questo senso il CI ha portato a focalizzare l'importanza della valorizzazione della rete, con particolare riferimento a gruppi AA e ACAT [11,12], al privato accreditato [13], ai medici di base e ai pediatri di libera scelta, sia in termini di collaborazione sia in termini di formazione alcologica continua, e ad identificare il Dipartimento della Dipendenze come la forma organizzativa territoriale che ha dimostrato di avere la continuità culturale in grado di garantire l'identità della alcologia, evitando la subordinazione ad altre discipline che rappresentano solo alcuni aspetti della complessità della alcologia stessa [14,15,16].

In tale contesto organizzativo Dipartimentale è stata discussa la opportunità di affiancare la pratica della alcologia nei SerD, che garantisce la capillarità di intervento sul territorio, con la presenza di un Centro di Alcologia di riferimento che rappresenti l'hub culturale specialistico, ottenendo così il doppio vantaggio di contaminare i saperi e garantire la specificità alcologica.

Altro tema del CI è stata la alcologia ospedaliera: in Italia ci sono una varietà di inquadramenti organizzativi e culturali delle UO di Alcologia che, a seconda delle necessità del territorio e della struttura ospedaliera, rappresentano un riferimento specialistico per l'ambito della Medicina Interna, delle Dipendenze Patologiche etc., evidenziandone una elasticità e multidisciplinarietà che rappresenta una potenzialità da non perdere.

Nel CI è stato anche rilevato che la molteplicità di approcci, in parte validati scientificamente, in parte non ancora, si è purtroppo tradotta nei territori anche in un elevato livello di disomogeneità, sia di risorse che di offerte all'utente [11]: in questo senso l'impegno condiviso dalle Società Scientifiche è quello di produrre linee guida e linee di indirizzo condivise a livello nazionale che rappresentino in futuro un riferimento per tutti gli operatori e i servizi.

Un punto emerso con forza dal CI è stato quello della formazione alcologica che deve essere intesa sia come formazione continua dei professionisti che lavorano in alcologia e di tutti gli operatori socio-sanitari che compongono la rete, sia come valorizzazione della alcologia a livello universitario, in particolare rispetto alla opportunità di inserire un insegnamento specifico di Alcologia che raccolga i

saperi di diverse discipline e che dia attuazione a quanto già previsto dalla legge 125/2001 [17] garantendo una formazione a tutti i sanitari nel percorso curricolare.

Infine un elemento di contesto spesso richiamato nel corso del CI è stata la necessità che si trovi un maggiore equilibrio tra le indicazioni nazionali, al momento ben descritte dalla legge 125/2001 e la autonomia regionale, per evitare le disparità attualmente presenti che vanificano il principio di equità fondante il nostro SSN, e al contempo la necessità di una ampia revisione della legge 309/90 [18] che pone l'accento in maniera prioritaria su istanze di controllo e contenimento che non hanno a che fare con la clinica delle dipendenze patologiche e in particolar modo lontane dall'alcologia clinica.

Per Corrispondenza

Teo Vignoli, Lugo Addiction Treatment Unit, Romagna Health Authority.
E-mail teo.vignoli@auslromagna.it

Bibliografia e Sitografia

- 1- <https://formazionale.altervista.org/verso-la-conferenza-nazionale-alcol-2021-10-e-17-giugno/> (ultimo accesso 14/11/2021)
- 2- Rapporto ISTISAN 21/7 - 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. E. Scafato, S. Ghirini, C. Gandin, A. Matone, M. Vichi, R. Scipione, G. Palma, Gruppo di Lavoro CSDA
- 3- ALCOL E COVID-19: le azioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol e del Centro OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problematiche alcol-correlate Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone, Riccardo Scipione Osservatorio Nazionale Alcol, Centro OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problematiche alcol-correlate ITA79, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, ISS
- 4- <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg> (ultimo accesso 14/11/2021)
- 5- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 – Ministero della Salute - https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=nuovo&id=5029 (ultimo accesso 14/11/2021)
- 6- Campbell EJ, Lawrence AJ, Perry CJ. New steps for treating alcohol use disorder. *Psychopharmacology* (Berl). 2018 Jun;235(6):1759-1773.

- 7- Kwako LE, Patterson J, Salloum IM, Trim RS. Alcohol Use Disorder and Co-Occurring Mental Health Conditions. Alcohol Res. 2019 Dec 31;40(1):arcr.v40.1.00.
- 8- Testino G, Vignoli T, Patussi V, Scafato E, Caputo F; SIA board (Appendix A) and the external expert supervisors (Appendix B). 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 Jan;52(1):21-32.
- 9- Kerr WC, Ye Y, Greenfield TK, Williams E, Lown EA, Lui CK. Early Life Health, Trauma and Social Determinants of Lifetime Abstinence from Alcohol. Alcohol Alcohol. 2016 Sep;51(5):576-83.
- 10- Sorveglianza PASSI 2017-2020 – Epicentro – ISS.
<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/alcol?tab-container-1=tab1> (ultimo accesso 14/11/2021)
- 11- Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.03 2001 n°125 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati”
https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3059
(ultimo accesso 14/11/2021)
- 12- Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Mar 11
- 13- <https://www.fict.it/> (ultimo accesso 14/11/2021)
- 14- https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=97833 (ultimo accesso 14/11/2021)
- 15- http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=97479 (ultimo accesso 14/11/2021)
- 16- http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=97575 (ultimo accesso 14/11/2021)
- 17- <https://www.camera.it/parlam/leggi/01125l.htm> (ultimo accesso 14/11/2021)
- 18- <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/10/31/090G0363/sq> (ultimo accesso 14/11/2021)

Giulia Franceschini, Psicologa Psicoterapeuta UFS Ser.D C, Azienda USL Toscana Centro
Adriana Iozzi, Direttore UFC Ser.D Firenze 1, Direttore UFS Ser.D C, Azienda USL Toscana Centro

DISFUNZIONI DI PENSIERO NEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Riassunto

Nella psicologia del giocatore patologico avviene nel tempo una modificazione dell'assetto cognitivo in cui diventano rilevanti le cognizioni (credenze erronee). Queste come ci spiegano Ladouceur et al. (2000) comprendono "qualunque pensiero del giocatore sui giochi d'azzardo che va contro i principi della razionalità e della logica".

Il profilo cognitivo è caratterizzato dal pensiero magico che rappresenta lo stile di pensiero dominante tra i giocatori.

Sono varie e definite le distorsioni cognitive del giocatore patologico.

Parole Chiave

Distorsioni cognitive

Abstract

In the pathological player's mind, during the time, some cognitive modifications arise and affect its psychological pattern leading to relevant knowledges (erroneous beliefs) including (as well explained by Ladouceur et al. – 2000) "*everything the same player (gambler) thinks about gambling, despite it conflicts with all principals of rationality and logic*".

The gambler cognitive profile is characterized from *the magical thinking* that represent the dominant thinking style diffused between gamblers.

Gamblers' cognitive distorsions are various and well defined.

Key Words

Cognitive distorsions

Introduzione

Il gioco d'azzardo è un particolare tipo di gioco che si sostanzia nello scommettere denaro o altri beni di valore, allo scopo di ottenere un premio, su un evento ad esito incerto, dove cioè il caso in maniera preponderante determina tale esito [1]. Caratteristica peculiare di questo tipo di gioco è il fatto che l'abilità del giocatore è ininfluente nella determinazione del risultato del gioco.

Il gioco d'azzardo ha occupato un posto importante in tutte le culture e le società delle diverse epoche. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) segnala che il numero di giocatori patologici è in crescita e rappresenta il 3% della popolazione adulta; oggi il gioco ha assunto una tale diffusione da diventare un'attività di massa, percepita come innocua forma di divertimento sempre più incentivata [2].

In particolare, lo scenario che si sta profilando relativo alle proposte di gioco indica una trasformazione da forme di gioco circoscritte a luoghi ed orari precisi ad una disponibilità di giochi sempre più capillare. Inoltre, la tradizionale lentezza e ritualità dei giochi è sostituita dall'alta velocità, la complessità e la strategia di molti

giochi tradizionali (es. i giochi di carte) non esistono più. Infine, i nuovi giochi appaiono decontestualizzati e globalizzati con regole semplici e universalmente valide, a differenza di quei giochi ancorati a tradizioni locali tramandati culturalmente (si pensi alla variabilità di regole nei giochi di carte da zona a zona). Ciò che però risulta ancora più preoccupante è che i giochi attuali siano sempre meno associati alle relazioni sociali e sempre più incentrati sull'estraneazione e l'isolamento [3].

Benché la maggior parte dei giocatori d'azzardo descrivano la loro attività come una piacevole forma di passatempo o come un'innocente distrazione dalla routine quotidiana, senza alcuna conseguenza sfavorevole, alcuni di essi arrivano a sviluppare forme patologiche di gioco che provocano gravi conseguenze sul piano individuale, familiare, lavorativo e sociale. Il gioco d'azzardo da occasione di divertimento si trasforma così in un vero e proprio danno sociale.

Le Modalità Di Pensiero Del Giocatore

Un aspetto particolarmente interessante concerne le modalità del pensiero del giocatore. Infatti, quando questi non gioca ha una modalità di pensiero consona allo stile di vita che conduce, mentre quando inizia a giocare il suo pensiero si caratterizza per un'incapacità riflessiva e logica [4]. Ciò lo porta a pensare, ad esempio, che se non è ancora uscito il numero giocato, le probabilità che esca aumentino, o che continuando a giocare si potranno recuperare i soldi persi, o ancora che le macchine da gioco non siano tutte uguali e possano intenzionalmente far vincere o far perdere [5].

I giocatori patologici sembrano quindi mostrare uno speciale rapporto con la fortuna, infatti, le proprie credenze vengono da loro stessi intese come teorie e come tali influiscono molto sulla lettura e valutazione della realtà portando alla messa in atto di quelle che nel mondo scientifico vengono chiamate: distorsioni cognitive.

Le Basi Concettuali Delle Distorsioni Cognitive: Sistema 1 E Sistema 2

La ricerca sul giudizio e sulla presa di decisione ha profondamente contribuito allo studio sulle distorsioni cognitive del giocatore patologico. Questo ambito di ricerca fonda le sue radici nell'integrazione di diversi rami di studi che comprendono: la psicologia cognitiva, la psicologia sociale e l'economia. Il giudizio viene inteso come una credenza, spesso legata alla probabilità di accadimento di un fatto, come per esempio credere che ci siano maggiori probabilità che venga estratto un numero pari anziché un numero dispari da un mazzo di carte. La presa di decisione o "decision making" è quel processo che determina la scelta di un determinato comportamento, ampiamente ma non interamente dettato dal giudizio sottostante.

La letteratura sulle distorsioni cognitive è largamente influenzata dagli studi degli psicologi Daniel Kahneman, premio Nobel per l'economia nel 2002, e Amos Tversky, e dalle loro ricerche legate alle euristiche e ai bias cognitivi.

L'esperienza inizia alla fine degli anni '60 a Gerusalemme: Kahneman invita il collega Amos Tversky, astro nascente della psicologia della decisione, per un seminario alla Hebrew University e gli pone il quesito che diede inizio alle loro ricerche: "Le persone sono naturalmente capaci di ragionare in modo statistico?".

Se oggi sappiamo che la risposta è negativa è grazie a loro. Infatti, i due hanno scoperto che nessun essere umano svolge intuitivamente operazioni statistiche, nemmeno gli economisti più esperti. L'intuizione ci porta

sistematicamente fuori strada e per questo sbagliamo sovente le valutazioni legate alle probabilità, alle deduzioni e all'analisi costi-benefici.

Dopo trent'anni di ricerche, Daniel Kahneman sintetizzò l'insieme degli studi e dei loro risultati all'interno di un libro [6] in cui illustrò le scoperte più entusiasmanti. Gli studiosi trovarono che i processi cognitivi sottostanti la presa di decisione seguono due modalità diverse di pensiero che possono essere semplificate in pensiero veloce e pensiero lento e sono personificati, rispettivamente, dal sistema 1 e dal sistema 2 (ma, dice Kahneman, se li avessi chiamati "Joe" e "Bob" sarebbe andato altrettanto bene).

Il sistema 1 è intuitivo, impulsivo, associativo (adora saltare alle conclusioni), automatico, inconscio (non sa perché fa quello che fa), veloce, ecologico ed economico (spreca letteralmente poca energia, cioè glucosio). Il sistema 2 è consapevole, deliberativo, lento, se non addirittura pigro, faticoso da avviare, riflessivo, educabile, costoso in termini di consumo energetico. Sistema 1 e sistema 2 «non esistono né nel cervello né da nessuna altra parte», sono una metafora che ci aiuta a comprendere il modo di funzionare della nostra mente. Per esempio, è grazie al sistema 1 che riusciamo a intercettare istantaneamente (in circa trenta millesimi di secondo, cioè prima ancora di saperlo) la paura sul volto di una persona. È invece merito del sistema 2 se riusciamo a risolvere (lentamente) 13×26 . In questo caso ciascun sistema opera nel proprio dominio di competenza. Ma non è sempre così, l'interazione dei due sistemi può dare luogo a inesattezze talvolta anche importanti. La maggior parte dei nostri errori è infatti il prodotto di giudizi intuitivi del sistema 1 che non sono passati al vaglio del sistema 2. Motterlini (2011) [7] riprende un esempio per spiegarci meglio il meccanismo: «In un prato c'è una zolla d'erba; ogni giorno la zolla raddoppia di dimensione; ci vogliono 48 giorni per coprire l'intero prato. Quanti giorni ci vogliono per coprire metà prato?». La risposta immediata del sistema 1 è 24 giorni. Ma la risposta intuitiva è sbagliata. Per rendersene conto occorre riflettere, cioè attivare il sistema 2, che dà la risposta corretta, cioè 47.

Se il sistema 2 resta passivo, finiamo per credere a vere impressioni false: vale nell'esempio sopracitato, vale per le illusioni ottiche e vale soprattutto per i giudizi e le decisioni quotidiane. E occorre fare attenzione perché a metterci nei guai seriamente non è tanto ciò che non sappiamo, ma ciò che, sbagliando, crediamo di sapere. La maggior parte delle nostre scelte è il prodotto automatico del sistema 1, che lascia al sistema 2 solo l'illusione di essere al centro dell'azione. Nonostante il sistema 2 tenti di giustificare ex post la "razionalità" dei nostri comportamenti, la maggior parte di questi è determinata dal sistema 1. Lo stesso può dirsi per la ricerca della felicità. Il sistema 1 ci seduce anticipando il piacere puro che proveremo per una macchina nuova, un aumento di stipendio o il pensiero di vincere a una slot machine; eppure, dice Kahneman, «niente nella vita è tanto importante quanto pensiamo che lo sia nel momento in cui lo pensiamo»: ma per capirlo ci vuole, appunto, il sistema 2.

Bias Ed Euristiche

Nel loro programma di ricerca, Kahneman e Tversky usarono i bias per inferire le euristiche. I due studiosi partirono dal presupposto che sia difficile accertare direttamente i processi di pensiero che le persone usano, ma se i loro giudizi producono errori sistematici, questi possono essere i dati di base per teorizzare quali euristiche stiano alla base di tali errori [8].

Bias è un termine inglese, che trae origine dal francese provenzale bias, e significa obliquo, inclinato. Questo termine, a sua volta trae origine dal latino e, prima ancora, dal greco epikársios, obliquo. Inizialmente, tale termine era usato nel gioco delle bocce, soprattutto per indicare i tiri storti che portavano a conseguenze negative. Nella seconda metà del 1500, il termine bias, assume un significato più vasto, infatti sarà tradotto come inclinazione, predisposizione, pregiudizio. Insomma, i **bias cognitivi** sono automatismi mentali sui quali si generano schemi cognitivi disfunzionali utilizzati spesso per prendere decisioni in fretta e senza fatica. Si tratta, il più delle volte di errori cognitivi (es. ipergeneralizzazione, pensiero dicotomico, etc.) che impattano nella vita di tutti i giorni non solo su decisioni e comportamenti ma anche sui processi di pensiero. Quindi, i bias non sono altro che costrutti non del tutto corretti perché fondati su percezioni errate o deformate, su pregiudizi, su ideologie, quindi materiale non sottoposto al giudizio critico. Questi pregiudizi creano schemi mentali che inducono a valutare situazioni o comportamenti senza giudicarli. In molte situazioni si utilizzano per spiegare comportamenti messi in atto, come gesti di razzismo o omofobici.

Succede molto spesso senza analizzare, pesare e valutare ogni dettaglio, che utilizziamo strategie note col termine di euristiche. Anche questo nome deriva dal greco: heurískein vuol dire trovare, scoprire. Le **euristiche** sono, al contrario dei bias, procedimenti mentali intuitivi e sbrigativi, scorciatoie mentali, che permettono di avere un'idea generica su un argomento senza effettuare troppi sforzi cognitivi. Sono strategie veloci utilizzate di frequente per giungere presto a delle conclusioni.

Per concludere, i bias sono particolari euristiche usate per creare delle opinioni o esprimere dei giudizi, che alla lunga diventano pregiudizi su cose mai viste o di cui non si è mai avuto esperienza. Le euristiche funzionano come una scorciatoia mentale e permettono di avere accesso a informazioni immagazzinate in memoria [9][10][11].

Utilizzando questo approccio, Kahneman e Tversky (1974) [12] chiarirono tre euristiche.

La prima è la rappresentatività, in base alla quale un elemento è giudicato con più probabilità appartenente ad una particolare categoria nella misura in cui assomiglia (o è rappresentativo) di un tipico membro di quella categoria. I giudizi che vengono fatti nel processo di categorizzazione delle persone o cose talvolta non tengono conto delle probabilità statistiche, questo perché l'euristica della rappresentatività fa sì che vengano categorizzate persone o cose in base alla loro somiglianza o al loro grado di rappresentatività della categoria stessa. Un esempio dell'euristica della rappresentatività consiste nell'intuire l'occupazione professionale di una persona dopo aver ricevuto informazioni relative alle sue caratteristiche di personalità e ai suoi interessi. Quando formula questo tipo di giudizio, un individuo tende a fare affidamento sul grado in cui i tratti della personalità e gli interessi dichiarati si allineino con determinate occupazioni e a ignorare quanto tali tratti e interessi siano comuni o rari nella popolazione generale, sebbene siano entrambi considerazioni rilevanti. Per esempio, ci sono più insegnanti della scuola pubblica rispetto ai giocatori di calcio professionisti che sono amanti del brivido, anche se la ricerca del brivido è più tipica dei giocatori di calcio, semplicemente ci sono molti più insegnanti che calciatori.

Come dice il comune consiglio agli studenti di medicina: "Quando senti gli zoccoli, pensa ai cavalli, non alle zebre". In altre parole, quando un paziente ha sintomi che sono coerenti con due differenti diagnosi, una più comune dell'altra, il medico dovrebbe essere predisposto a fare la diagnosi più comune, anche se i sintomi

sono leggermente più rappresentativi della malattia più rara. Eppure, molti individui fanno riferimento alla rappresentatività nella descrizione di una categoria, sottovalutando l'importanza di considerare quanto comune o rara sia tale categoria nella popolazione generale.

La seconda euristica è la disponibilità, in base alla quale un evento è considerato più probabile che si verifichi se è più facile da richiamare in memoria o in altre parole se è più disponibile in memoria. Ad esempio, nel giudicare la frequenza delle cause di morte, gli individui hanno dimostrato di gonfiare le frequenze per cause a cui hanno avuto una maggiore esposizione, ad esempio attraverso l'esposizione diretta alla morte di un conoscente o l'esposizione indiretta attraverso i media [13]. In uno studio di Combs and Slovic (1979) [14], le stime dei partecipanti sulla morte dovuta a cause particolari erano erroneamente esagerate per via della frequenza con cui erano riportate sui giornali. Ad esempio, il cancro allo stomaco è stato sottostimato come causa di morte e gli eventi catastrofici come i tornado sono stati sovrastimati. Applicando l'euristica della disponibilità a un contesto di gioco d'azzardo, se ogni caso di vincita a una lotteria è più facile da ricordare rispetto a ogni acquisto di un biglietto perdente, sia nella propria esperienza sia nella media delle esperienze di altri giocatori, allora la probabilità di vincere sarà molto probabilmente sovrastimata.

La terza euristica è l'ancoraggio, in base al quale quando ci troviamo in una situazione di incertezza e non abbiamo alcuna conoscenza esperienziale dell'evento, possiamo prendere un punto di riferimento (l'ancora, appunto) da cui partire e, attraverso regolazioni intuitive, risolvere la situazione di dubbio. Ad esempio, tendiamo a usare questa euristica quando ci chiediamo quale sarà il reddito medio del Paese. In questo caso ci risulta facile pensare al nostro reddito annuale e valutare se siamo sopra o sotto la media. Dopo aver apportato le modifiche pertinenti, diremo che l'importo dedotto può essere il reddito medio del Paese. Ovviamente se l'"ancora" è difettosa o si basa su prove deboli innescherà un susseguirsi di errori sistematici di valutazione. Nei contesti di gioco d'azzardo quest'ultima euristica è considerevolmente meno coinvolta rispetto alle euristiche di rappresentatività e di disponibilità.

È importante sottolineare che c'è un equilibrio implicito tra gli aspetti positivi e negativi del programma di ricerca costruito da Kahneman e Tversky. L'euristica è concepita come uno strumento adattativo e utile, che supporta la capacità di prendere decisioni efficaci in tempo reale, anche se induce a commettere frequentemente piccoli errori e in alcune occasioni a commettere vere e proprie distorsioni. I bias costituiscono l'aspetto negativo, poiché indicano gli errori sistematici messi in atto dalla maggior parte delle persone. La ricerca che è emersa a valle del programma non è riuscita a mantenere un giusto equilibrio nell'esplorazione degli aspetti positivi e negativi poiché l'attenzione si è concentrata decisamente sull'esplorazione degli aspetti negativi dei bias. Ciò può essersi verificato per due motivi: da un lato perché gli errori costituivano i dati primari a sostegno dell'euristica, dall'altro perché gli errori e le distorsioni si sono rivelati attraenti per i ricercatori, considerato che i due studiosi ne hanno individuati più di 150. L'interesse dei bias da parte dei ricercatori si estese a molti campi di ricerca, da quella di base sul giudizio e il decision making (JDM) fino all'applicazione nel campo del gioco d'azzardo patologico.

Le Distorsioni Cognitive Tipiche Del Giocatore Patologico

Se è vero che una buona dose di irrazionalità contraddistingue ogni essere umano, è altrettanto vero che nella psicologia del giocatore patologico sembra che avvenga nel tempo una modificazione dell'assetto

cognitivo in cui diventano rilevanti le cognizioni (o credenze) erranee, queste, come ci spiegano Ladoucer et al. (2000) [15], comprendono «qualunque pensiero del giocatore sui giochi d'azzardo che va contro i principi della razionalità e della logica».

Il profilo cognitivo è dunque caratterizzato dal pensiero magico che rappresenta lo stile di pensiero dominante tra i giocatori. Ad esempio, i giocatori riescono a convincersi che una macchina che non paga per molto tempo alla fine necessariamente dovrà pagare, oppure, se a vincere è stata una persona accanto o se mancava un solo numero, basta insistere e la ruota della fortuna girerà anche per lui, poiché il giocatore pensa di aver sfiorato la vittoria.

Le distorsioni cognitive che si riscontrano con maggiore frequenza nelle persone che riportano problemi legati al gioco d'azzardo patologico sono le seguenti:

1. L'“illusione di controllo” (Langer, 1975) [16]: un'aspettativa di successo personale eccessivamente alta, ossia il ritenersi capaci di controllare gli eventi fortuiti. Tutti i giocatori nutrono un'illusione di controllo, che li porta a credere di poter influire sul risultato del gioco con l'uso di strategie e di altri mezzi [17], dimenticando che il risultato invece è basato sul caso. Il gioco viene percepito come mezzo per dimostrare le proprie abilità o sopravvalutare le proprie caratteristiche personali (ad esempio, ritenersi un individuo fortunato). Quindi, in base a queste convinzioni erranee, il gioco sarebbe perfettamente controllabile dal giocatore.
2. La “fallacia del giocatore” o di Montecarlo (Cohen, 1972) [18] si sostanzia nella tendenza a sopravvalutare la probabilità di successo di una giocata in seguito ad una sequenza di scommesse perse o, viceversa, a sottostimare le possibilità di vincita in seguito ad una scommessa vinta.
3. Il fenomeno della “rincorsa delle perdite”, descritto come chasing (Lesieur, 1977) [19], prende forma nella persistenza nel gioco a dispetto dei risultati. Il giocatore continua tenacemente a scommettere nonostante abbia già subito intense perdite, nella speranza di arrivare alla vincita riparatoria. Tra il chasing e la fallacia del giocatore non sembrerebbero esserci differenze logiche di fondo, ma il primo rappresenta una modalità di pensiero più rigida e prettamente disfunzionale, tipica di chi ha sviluppato problemi nel controllare il proprio gioco.
4. Il fenomeno dell'“inseguimento”, che trova posto all'interno dei criteri diagnostici del DSM, consiste nello scommettere con maggior frequenza e rischiando somme più alte, in seguito a una serie di scommesse perse [20]. Questo comportamento è visto dal giocatore compulsivo come logica condotta da adottare quando perde; egli, infatti, reagisce alla perdita pensando: “se continuo a giocare, la fortuna girerà e riguadagnerò i soldi che ho perso finora”. In realtà in ogni giocata l'esito è completamente indipendente dalle giocate precedenti, quindi le probabilità di vincere non cambiano nel tempo [21].
5. La “quasi vincita” spiega perché i giocatori continuino a giocare nonostante i ripetuti fallimenti. Essa è un'ulteriore cognizione erranea che porta a credere anche quando si perde di avere quasi vinto e quindi che valga la pena riprovare perché si è arrivati molto vicini all'obiettivo [22].
6. La cosiddetta “fortuna del principiante” è un'altra tipica distorsione cognitiva rilevata in un esperimento in cui ad alcuni studenti universitari veniva dato del denaro per giocare d'azzardo; è emerso che coloro che vincevano all'inizio continuavano a giocare più a lungo, anche quando perdevano, a differenza di coloro che

vincevano ad uno stadio più avanzato, ciò dava luogo ad una superiore persistenza nel gioco e, forse, ad una maggiore compulsività [23].

Come superare le distorsioni cognitive?

Guidi e Mannari (2013) [24] suggeriscono che nel percorso riabilitativo l'approccio di tipo cognitivo-comportamentale sia utile per fare sì che il giocatore abbandoni queste credenze erranee e si riappropri di sane competenze cognitive. In questa ottica, nei giochi dove prevale la componente della fortuna, il giocatore deve riuscire ad assimilare il principio dell'indipendenza delle puntate (ad esempio, nell'estrazione del lotto non si dovrebbe tenere conto dei numeri ritardatari perché ogni giocata è assolutamente indipendente dalle puntate precedenti). I tentativi di controllare, predire o influenzare la realtà in base ai propri desideri e aspettative (pensiero magico) o per mezzo di strategie, risulta quindi illusorio e destinato inevitabilmente a fallire. L'approccio cognitivo-comportamentale [25] si avvale di un ampio repertorio di tecniche psicologiche (prescrizioni, diari di monitoraggio, psicoeducazione, individuazione dei fattori trigger, problem solving, ecc.) finalizzate alla modificazione dei pensieri disfunzionali del giocatore.

Nel trattamento delle dipendenze patologiche è utile considerare, oltre al lavoro cognitivo sui pensieri e sulle credenze erranee, il lavoro psicodinamico sulla disregolazione affettiva, sul trauma e sulla dissociazione. Caretti, Schimmenti e Capraro (2008) [26] suggeriscono alcune linee guida nell'approccio psicodinamico al trattamento clinico delle dipendenze patologiche:

1. aiutare il paziente a sviluppare ed incentivare l'intelligenza emotiva, cioè la capacità di mentalizzare e regolare gli affetti, nonché di utilizzarli appropriatamente nel contesto delle relazioni personali. Occorre dunque lavorare con il paziente perché diventi maggiormente capace di identificare ed esprimere le emozioni, di correlarle all'esperienza corporea e di utilizzarle come guida per il proprio comportamento;
2. rendere coscienti i processi cognitivo-affettivi alla base dei meccanismi dissociativi, ovvero di fuga dallo stato di coscienza ordinario come difesa dalle emozioni sopraffacenti;
3. favorire l'elaborazione e l'integrazione delle memorie traumatiche, in particolare quelle esperienze di trascuratezza psicologica intervenute nella relazione primaria, nell'infanzia e nell'adolescenza che esitano a livello implicito nel comportamento dipendente disfunzionale.

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo si delinea come una problematica estremamente complessa e multi-sfaccettata: oltre ad essere associato a una scarsa salute generale, è caratterizzato da più alti tassi di comorbilità con altri disturbi, quali il disturbo da uso di sostanze, altre dipendenze comportamentali, disturbi psichiatrici (il disturbo depressivo, i disturbi d'ansia e i disturbi di personalità (DSM-5, 2014) [27]. Per questi motivi il trattamento è multimodale, la persona può andare incontro a delle ricadute nel comportamento disfunzionale. Come precedentemente illustrato, il lavoro sulle distorsioni cognitive rappresenta un punto fermo e indispensabile per restituire ai giocatori un maggiore controllo dei propri pensieri che, unitamente alla sicurezza psicologica di poter affrontare il proprio vissuto interno, può essere di supporto nel

riconoscimento e nella costruzione dentro di sé di quel senso di sicurezza che permette di rinunciare al bisogno coercitivo delle dipendenze e di attraversare con fiducia il mondo esperienziale.

Per Corrispondenza

Adriana Iozzi, Direttore UFC Ser.D Firenze 1, Direttore UFS Ser.D C, Azienda USL Toscana Centro
E- mail: adriana.iozzi@uslcentro.toscana.it

Bibliografia

1. Leone L., "Aspetti giuridici e criminologici del gioco d'azzardo on line". *Cyberspazio e diritto*, Vol. 10, N. 3/4, p. 346, 2009
2. Lavanco G., "Gioco problematico e gioco patologico: l'azzardo fra promozione sociale e gestione dei servizi", in atti del corso "La clinica del gioco d'azzardo patologico e la formazione della rete territoriale. Un percorso formativo per gli operatori del servizio pubblico, del privato sociale e del territorio", Firenze 3 aprile - 9 maggio p. 6, 2008
3. Lavanco G., Varveri L., *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa*, Carocci Editore, Roma, p. 20, 2006
4. Vico G. Non mi diverto più! Il gioco d'azzardo patologico. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*. Vol V, N° 1, pag. 113-114, 2011
5. Novara C. *Psicologia del gioco d'azzardo*, in *Gruppi*, N. 3, p. 154, 2002
6. Kahneman, D. & Frederick, S., *Pensieri lenti e veloci*, Milano: Mondadori, 2012
7. Motterlini, M. Decisioni a due velocità. *Il Sole24Ore*, p. 43, 6/11/2011
8. Fortune E.E. & Goodie A.S.. *Psychology of Addictive Behaviors*. Vol. 26, No. 2, 298–310, 2012
9. Armando Plebe e Pietro Emanuele, *L'euristica. Come nasce una filosofia*. Laterza, 1991
10. Cervini M., *La terza via al problem solving: prassi euristica e illusione algoritmica, un compromesso*. Roma, M.C.A., 1992
11. Kahneman, D. & Frederick, S. *Heuristics and Biases: The Psychology of Intuitive Judgement*. Cambridge University Press, 2002
12. Kahneman, D., & Tversky, A. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124–1131, 1974
13. Lichtenstein, S., Slovic, P., Fischhoff, B., Layman, M., & Combs, B. Judged frequency of lethal events. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 4, 551–578, 1978
14. Combs, B., & Slovic, P. Newspaper coverage of causes of death. *Journalism Quarterly*, 27, 383–390, 1979
15. Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 957–964, 2000
16. Langer, E. The Illusion of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 32, p. 311-328, 1975
17. Croce M., Lavanco G., Varveri L. Aspetti psicologici e sociali del gioco d'azzardo. *Aggiornamenti sociali*, N. 6, p. 511, 2001
18. Cohen J. *Psychological Probability or the Art of Doubt*. Allen & Unwin, London, 1972
19. Lesieur, H.R. *The chase: career of a compulsive gambler*. Anchor Press/Doubleday: Garden City, NY, 1977

20. Sforza M. e Oliva S. Quando il gioco diventa un problema. Il gioco d'azzardo patologico. Criteri e strategie d'intervento, nd.: <https://stefanooliva.vpsite.it/upload/QUANDO%20IL%20GIOCO%20DIVENTA%20UN%20PROBLEMA.pdf>
21. www.lottomatica.it/alfresco/misc/miti.html Ultima consultazione: 28/04/2020
22. Cocci V., Guidi A., Iozzi A., Mannari P., Scelfo G., Bigianti A. e Dimauro P. (a cura di), Gioco d'azzardo. Alla ricerca di possibili integrazioni tra servizio pubblico, privato sociale e territorio. Centro stampa, Arezzo, p.18, 2008
23. Lavanco G. Psicologia del gioco d'azzardo, Mc Graw-Hill, Milano, p.151, 2001
24. Guidi A. & Mannari P. L'assetto cognitivo del giocatore patologico. All'interno del libro "Il gioco d'azzardo patologico. Orientamenti per la prevenzione e la cura". A cura di Lavanco G. Collana editoriale: la salute e i problemi emergenti, 2013
25. Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., Jacques, C. Cognitive Treatment of Pathological Gambling. The Journal of Nervous and Mental Disease: Vol 189 - Issue 11 - p 774-780, 2001
26. Caretti V., Schimmenti A. e Capraro G. Psicodinamica delle dipendenze patologiche. Nuove dipendenze. Eziologia clinica e trattamento delle dipendenze "senza droga". 2:2008, 107-116, 2008
27. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5. Arlington, VA, 2013 (Tr. it.: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014)

Tiziana Luchini, Assistente sociale Centro per il trattamento del DGA FOLIGNO USL UMBRIA 2
Lucia Coco, Psicoterapeuta referente Centro per il trattamento del DGA FOLIGNO USL UMBRIA 2

GRUPPO JOKER: UN ASSO NELLA MANICA

Riassunto

L'articolo intende presentare l'esperienza di un gruppo di sostegno per il disturbo da gioco d'azzardo che attraverso l'utilizzo di tecniche espressive e di gioco, si propone di favorire uno spazio di aiuto, confronto e sostegno. Il gruppo è stato avviato in fase sperimentale tre anni fa con l'intento di facilitare la relazione e la comunicazione tra persone con difficoltà espressive su un piano verbale. Scopo dunque dell'intervento non è stato solamente quello di amplificare l'ambito della comunicazione ma anche quello di accrescere il proprio bagaglio di competenze e abilità relazionali a partire da un ascolto empatico e dal confronto e rispecchiamento tra pari.

Parole Chiave

Tecniche di gioco e di arteterapia, gioco d'azzardo, gruppo esperienziale, Dipartimento Dipendenze

Abstract

This article aims to present the experience of a support group for gambling disorders which, also through the use of expressive and game techniques, aims to propose an area of help, comparison and support. The group was launched in an experimental phase three years ago, with the aim of facilitating relationship and communication between people with difficulties on a verbal plane. So the purpose of the intervention was not only to amplify the field communication but also to increase their range of competences and relationship skills starting from an empathetic listening and from the comparison and reflection between peers.

Key Words

Techniques, gambling, experimental group

All'interno del Centro per il trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo di Foligno oltre ai classici interventi psicologici, sociali, finanziari e medici che possono coinvolgere il singolo individuo o l'intero nucleo familiare, da più di due anni è stato avviato un gruppo sperimentale di sostegno socioeducativo rivolto per lo più a pazienti che necessitano di interventi di tipo esperienziale di carattere educativo/relazionale. [1-2]

Il gruppo in questione è condotto da una coppia di assistenti sociali (di cui una con una formazione nel campo delle arti-terapie) che, traendo spunto dai gruppi di auto-mutuo aiuto e da quelli pedagogici, ha cercato di offrire uno spazio di ascolto e sostegno interattivo basato su tecniche di gioco e di arte-terapia.

Finalità di questo spazio è quello di favorire il confronto e il rispecchiamento tra i partecipanti, nonché l'espressione del proprio stato d'animo, del proprio disagio o punto di vista.

Grazie al supporto di queste tecniche, si cerca di facilitare una maggiore capacità espressiva e di lettura dei propri stati d'animo/bisogni, nonché di sviluppare una maggiore competenza nell'ambito relazionale.

Il gruppo è rivolto a persone di entrambi i sessi con scarse abilità nell'ambito della comunicazione e poco allenate alla riflessione e che necessitano di un lavoro basato maggiormente su aspetti concreti.

L'età è varia, trattandosi di un gruppo aperto e varia dai 30/45 anni e dai 50/70 anni.

I partecipanti all'interno del gruppo hanno la possibilità di osservarsi e comprendere come ci si muove, ci si relaziona, si entra in contatto con sé stessi, con gli altri, con gli strumenti-materiali del lavoro.

I conduttori del gruppo facilitano lo scambio tra i partecipanti sulla proposta di tematiche, sollecitando attraverso un ascolto attivo di sé e delle altre osservazioni, riflessioni, momenti di scambio, confronto che stimolano non solo una crescita personale ma anche l'acquisizione di abilità comunicative e di nuovi strumenti espressivi da utilizzare all'esterno, rimandando così anche un senso di progettualità. All'interno del gruppo si attiva dunque una catena di solidarietà che porta a sostenersi l'uno con l'altro, una sorta di "auto mutuo aiuto", oltre alla possibilità di sperimentare relazioni paritarie, di sentirsi visti e riconosciuti per le proprie caratteristiche. [3-4]

L'esperienza ha avuto avvio nel giugno 2019 con la partecipazione di cinque persone che sono riuscite a dare continuità all'esperienza e a permettere nel corso del tempo, di inserire nuovi componenti.

Si è partiti dunque dall'individuazione del nome del gruppo che dopo qualche tempo ha trovato concordi tutti nell'identificazione del nome 'Joker', intendendo con esso la carta da gioco 'Jolly' che ha simboleggiato l'avvio del percorso al servizio e il procedere verso la possibilità di un cambiamento.

È stato realizzato dunque da uno dei partecipanti il volantino con l'immagine di una carta Jolly. Il lavoro è proseguito con il definire chi fossero i partecipanti del gruppo come modalità anche per riconoscere e dare una forma più definita della loro problematica.

Si è passati quindi ad individuare sia gli strumenti che a definire la modalità di svolgimento del gruppo. Si sono anche individuate e definite le regole intese come cornice per il buon funzionamento dello spazio stesso. Tale aspetto ha aiutato i partecipanti a sentirsi più responsabili del buon andamento del gruppo. Quanto sopra descritto è stato trascritto e messo in forma cartacea, sia per prenderne visione nel caso qualcuno abbia necessità di rivedere il regolamento del gruppo, che per condividere con eventuali nuovi partecipanti le modalità con cui è stato dato avvio a questo spazio.[5] L'incontro di gruppo ha la durata di un'ora e trenta e si suddivide in una fase iniziale di condivisione dell'andamento della settimana per affrontare poi una tematica mediante dei giochi, degli stimoli al fine di favorire l'espressione dei propri stati d'animo, delle difficoltà, dei propri bisogni per concludere con la "cosa lascio...cosa prendo dall'incontro...".

Questo ultimo momento funge da rituale di chiusura dell'incontro e ha lo scopo di agevolare la presa di coscienza di quanto emerso dall'incontro e definire meglio quanto si è appreso in termini di emozioni, consapevolezza, strumenti, spunti di riflessione.

Di seguito si riporta una delle proposte di gioco che ha visto coinvolti i partecipanti nella sperimentazione della sensorialità. [6]

Si tratta di un gioco in cui attraverso l'organo del tatto si vanno ad attivare immagini, ricordi, profumi, sapori, risvegliando il processo creativo, stimolando la fantasia, la curiosità e il senso di meraviglia tipico del bambino quando inizia ad esplorare il mondo intorno a sé.

Al centro della stanza è stata posta una scatola con degli oggetti di vario tipo e materiale (caldo/freddo, morbido/duro, liscio/ruvido, resistente/fragile...). Il conduttore passando con la scatola ha lasciato i partecipanti pescare ad occhi chiusi tre/quattro oggetti. Una volta effettuata la scelta, sempre rimanendo ad occhi chiusi, i partecipanti sono stati invitati ad esplorare i singoli oggetti, ascoltando le sensazioni al tatto.

All'inizio ogni partecipante tendeva a porre più attenzione all'oggetto in sé, "scommettendo" per l'appunto su cosa si trattasse, creando un clima goliardico e anche competitivo. In una fase successiva ognuno si è concentrato sulla sensazione tattile soffermandosi sul piacere o meno che ne deriva dal contatto fisico con l'oggetto e cercando anche di comprenderne le ragioni di tale reazione fisica. Man mano che si è andati avanti con il gioco sono stati coinvolti anche gli altri sensi che hanno permesso per es. di verificare se l'oggetto avesse un odore o riconducesse ad un ricordo ecc. Sono stati quindi ri-contattati aneddoti della propria storia o rivisitate alcune esperienze passate (per es. uno toccando della lana ha rievocato l'immagine di accudimento di quando era bambino che lo ha portato a parlare del suo bisogno di essere protetto e assicurato). In ultimo, l'attenzione è stata posta sulla simbologia degli oggetti. [7-8-9].

Pur essendo questi stati pescati ad occhi chiusi, ogni partecipante è rimasto sorpreso di come senza volerlo, avesse scelto degli oggetti che in qualche modo lo rappresentassero non solo rispetto a sé e alle relazioni ma anche, fossero relativi alla problematica del gioco (per es. l'attenzione per l'immagine, il bisogno di sicurezza economica, il bisogno di affetto, protezione, vicinanza...). Si è proceduto poi al confronto tra i propri oggetti e quegli degli altri per cogliere assonanze, differenze. Questo ha permesso loro il rispecchiamento, il sentirsi compresi e la possibilità di confronto alla pari che nel corso del tempo li ha avvicinati permettendo loro di affidarsi, esprimendosi in modo spontaneo, imparando a riconoscere e canalizzare le emozioni.

Questa attività ha permesso ai partecipanti di comprendere che esistono due modi di leggere la realtà che li circonda, ossia una razionale basata su ciò che si vede, si percepisce.

attraverso l'osservazione oggettiva, l'altra emotiva basata su ciò che si sente a livello emotivo attraverso i sensi.

Il fatto che il gioco fosse stato diviso in due parti, una in cui potevano conoscere gli oggetti solo attraverso il tatto e un'altra, in cui potessero invece vederli, ha permesso loro di fare una prima riflessione rispetto alla loro problematica di gioco: la differenza tra 'sentire e vedere' per non essere 'tratti in inganno' nella lettura della realtà circostante, così come è accaduto per il gioco d'azzardo. In questo ultimo caso sono stati infatti tutti concordi sull'essersi lasciati ammaliare dalla vincita facile, senza impegno, senza responsabilità.

Un altro aspetto emerso da parte dei partecipanti ha riguardato la distinzione al tatto degli oggetti che sono stati divisi in due categorie: 'freddi, caldi'. Agli oggetti definiti freddi hanno associato 'forza, durezza, ruvidezza, spigolosità, orgoglio, disponibilità'. A quelli caldi hanno associato 'dolcezza, morbidezza, linearità, comodità, adattabilità'. Questa osservazione li ha ricondotti al loro bisogno di mostrarsi indipendenti, sicuri di se stessi, efficaci come modo per contenere e proteggere la parte interna percepita come sensibile, vulnerabile, fragile. In questo senso il gioco d'azzardo ha offerto seppur in modo illusorio una possibilità di contenimento, controllo e appagamento temporaneo che però ha rovinato i rapporti interpersonali, li ha fatti ammalare. Un'altra considerazione espressa ha riguardato inoltre il fatto che 'per accontentare gli altri' si sono sovraccaricati di problemi, responsabilità che li ha portati poi a ricercare nel gioco d'azzardo la valvola di sfogo. Da qui ne è scaturita la consapevolezza di doversi trovare ambienti per la socializzazione e lo svago sani.

Alcuni degli oggetti proposti, erano composti da materiali ruvidi a cui è stato associato l'attività del 'grattare' inteso come modo per 'levare via lo sporco' e rendere la superficie pulita, liscia, bella, lucente. Qualcuno ha associato il 'gratta e vinci' come possibilità di trovare il 'tesoro nascosto' con l'idea illusoria che più possiedo in termini economici, più si vale. La riflessione che ne è derivata è stata quella di impegnarsi ad apprezzare le cose semplici, la necessità di avere valori, ideali che gli restituiscano il senso della vita. Procedendo verso la fase conclusiva del gioco i partecipanti si sono resi consapevoli di quanto le sensazioni associate ai vari oggetti rispecchiassero parti della loro

personalità. Hanno quindi espresso il volersi impegnare nel procedere verso un cambiamento della propria persona attraverso un lavoro di 'pulizia interiore' al fine di lasciare emergere i propri 'tesori nascosti' (talenti, competenze, qualità...), comprendendo come solo attraverso di essi si può essere riconosciuti e gratificati.

A distanza di alcuni mesi dall'avvio del gruppo, è stata scelta questa attività con lo scopo di facilitare il contatto con le emozioni, in quanto era emersa la difficoltà da parte dei partecipanti di esprimere e discernere i propri stati d'animo, le sensazioni, i vissuti. L'emozione con cui sembrava avessero più confidenza era quella legata alla rabbia, quindi si è ritenuto utile proporre un'esperienza che permettesse loro di cogliere maggiormente le varie sfumature emotive e sensoriali. Scopo dunque di questa attività è stato quello di favorire l'acquisizione di capacità percettive e sensoriali, che facilitassero un'espressione di se stessa più chiara e autentica. L'attività è risultata inoltre utile anche per permettere di sperimentare la dimensione ludica e creativa del gioco e non solo quella legata alla competizione e alla sfida sperimentata attraverso il gioco d'azzardo.

Per Corrispondenza

Lucia Coco, Psicoterapeuta referente Centro per il trattamento del DGA FOLIGNO USL UMBRIA 2
E- mail: lucia.coco@uslumbria2.it

Bibliografia

1. Associazione Nuove Artiterapie, La mediazione artistica nella relazione d'aiuto. Progetti e attività di ricerca, divulgazione e approfondimento scientifico delle tematiche arti terapeutiche; 2008. Disponibile all'indirizzo:
<http://www.nuoveartiterapie.net> (ultima consultazione agosto/settembre 2021)
Santoro R., Arteterapia nel gioco d'azzardo patologico, Sez. La Rivista. La mediazione artistica nella relazione d'aiuto n. 23/24, Anno VII, Roma 2004, 143-146
2. Da Rold P., Rossi O., Arterapia e gioco d'azzardo, Sez. La Rivista. Arti terapie: strategie della creatività, A. Ramasso, Acocella A. M. (a cura di), Roma
3. AA.VV, I gruppi di auto aiuto. Un percorso dentro le dipendenze e la sieropositività, Collana a cura di Animazione Sociale, Quaderni di Animazione e Formazione, Università della strada, Ed. Gruppo Abele, Torino 13-16 1996
4. Pinkus L., 5.3 Un modello di risposta: la Comunità Terapeutica. 5.4 Caratteristiche psicodinamiche generali. 5.5 Strumenti specificatamente clinici. Tossicodipendenza e intervento educativo, Ed. Erickson, Trento 96-97,107-108, 111-115,1999
5. Manes S., Introduzione. 83 giochi psicologici per la conduzione dei gruppi. Un manuale per psicologi, insegnanti, operatori sociali, animatori..., Sez. Strumenti per il lavoro psico-sociale ed educativo,Ed. Franco Angeli, Milano 9-11-13-15 ,1998
6. Manes S., Introduzione. 68 nuovi giochi per la conduzione dei gruppi. Sul treno della vita per scoprire il nostro sé di ieri, di oggi e di domani, Sez. Strumenti per il lavoro psico-sociale ed educativo, Ed. Franco Angeli, Milano 14-21, 2002
7. Campbell J., Guida metodologica alle attività artistiche in gruppo. Le radici storiche. Attività artistiche in gruppo. Disegno, pittura, collage, cultura, Ed. Erickson, Trento 15-24, 1996
8. Adorasio A., GARCIA M. E. XIX Danzamovimentoterapia con tossicodipendenti in una comunità terapeutica. Un lavoro corporeo sulla consapevolezza sensoriale, emozionale cognitiva e di relazione, (a cura di Wittmann C.). Danzamovimentoterapia. Modelli e pratiche nell'esperienza italiana APID, Collana Psicologia Clinica, Ed. Magi, Roma, 295 – 317, 2004
9. Bellia V., Cap. X Alexitimia e tossicodipendenza:verso un rationale di utilizzo delle psicoterapie del corpo Danzare le origini. Elementi per la danzamovimentoterapia espressiva, (a cura di Marcolongo F., Saccorotti C.), Ed. Magi Roma, pp. 203-208, 214-218, 2000

Giovanni Battista Modonutti, Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste
Fulvio Costantinides, Professore a contratto, Scuola di Specializzazione in Medicina Legale
 Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute. Università degli Studi di Trieste.

I DETERMINANTI LA SPERIMENTAZIONE, IL VISSUTO, LE OPINIONI E LA PERCEZIONE DEL RISCHIO NEI CONFRONTI DEL FUMO DEL TABACCO SPRESSI DAGLI ADOLESCENTI IN FRIULI-VENEZIA GIULIA (AS 2018/19)

Riassunto

Riassunto: Conoscere il reale vissuto degli/le adolescenti con il fumo di tabacco è motore e obiettivo della ricerca che ha coinvolto gli/le studenti/esse di alcune Scuole Secondarie di 2° grado in una microarea del Friuli-Venezia Giulia partners del progetto "Dall'idea all'azione: Stili di vita e rischi per la salute".

Questa collaborazione ha permesso di documentare che nonostante sia scientificamente accertata la pericolosità del fumo di tabacco il 37,6% della comunità scolastica, il 45,4% degli/le sperimentatori/trici, il 50,9% dei fumatori/trici sono convinti, le femmine più dei maschi, della sua innocuità.

Innocuità del fumo che viene ricondotta ad un consumo medio quotidiano compreso fra le 1,6sig/die -indicato dai/le fumatori/trici incoerenti - e le 2,6sig/die - riconosciuto dai/le fumatori/trici coerenti - e vede i maschi sempre più permissivi delle coetanee.

Ancorché precoce, l'iniziazione al fumo di tabacco è avvenuta "fuori casa" piuttosto che "in casa", quasi sempre in solitudine, privilegiando nell'ordine "il bar" e "la scuola". Gli/Le sperimentatori/trici riconoscono nell'incontro con gli amici, negli eventi ludici/socializzanti e nei momenti di difficoltà l'occasioni della iniziazione al fumo.

Per i/le fumatori/trici è consueto "fumare da solo/a", "a casa" e/o "al bar" - quest'ultimo luogo vede prevalere i maschi -, l'occasione per fumare c'è "sempre/ovunque", ad altri viene offerta "dall'incontro con gli/le amici/che", dalla "scuola e/o dai momenti ad essa riconducibili". I fumatori/trici sono indotti a fumare perché riconoscono nel fumo un "passatempo/divertimento", per l'effetto "rilassante", "antistress" e costretti dal presunto rapporto di "dipendenza, vizio, abitudine".

Nella comunità scolastica le opinioni negative sul fumo di tabacco raccolgono un ampio suffragio, enfatizzano la diffusa preoccupazione degli/elle studenti/esse per le ricadute sulla salute, sottolineano la sua inutilità, l'odore ed il sapore sgradevoli e gli elevati costi per l'approvvigionamento. Per contro, sono poche, le opinioni positive che riconoscono al fumo di tabacco una fragranza ed una sapidità gradevoli, gli attribuiscono proprietà rilassanti, affermano la sua innocuità e vedono in lui un passatempo piacevole.

Parole Chiave

adolescenti, sperimentazione, vissuto, opinioni, percezione del rischio

Abstract

Knowing the real experience of adolescents with tobacco smoke is the engine and objective of the research that involved the students of some 2nd grade secondary schools in a micro-area of Friuli-Venezia Giulia, partners of the project "From idea to action: Lifestyles and health risks".

This collaboration has made it possible to document that despite the fact that the dangerousness of tobacco smoke is scientifically established, 37.6% of the school community, 45.4% of the experimenters, 50.9% of the smokers are convinced, females more than males, of its harmlessness.

Harmlessness of smoking which is traced to an average daily consumption between 1.6sig / day - indicated by inconsistent smokers - and 2.6sig / day - recognized by consistent smokers / trics - and sees males increasingly permissive of peers. Although early, the initiation into tobacco smoking took place "outside the home" rather than "at home", almost always in solitude, favoring in the order "the bar" and "the school". The experimenters recognize the occasion of initiation to smoke in meeting friends, in playful / socializing events and in moments of difficulty. For smokers it is customary to "smoke alone", "at home" and / or "at the bar" - the latter place sees males prevailing -, the opportunity to smoke is "always / everywhere", others are offered "by meeting / friends / who", by school and / or by the moments related to it ". Smokers are induced to smoke because they recognize smoking as a "pastime / fun", due to the "relaxing", "anti-stress" effect and forced by the alleged relationship of "addiction, vice, habit". In the school community, negative opinions on tobacco smoke garner widespread suffrage, emphasize the widespread concern of students about health effects, underline its uselessness, unpleasant smell and taste, and high costs for smoking, supplying. On the other hand, there are few positive opinions that recognize tobacco smoke as a pleasant fragrance and flavor, attribute it to relaxing properties, affirm its harmlessness and see it as a pleasant pastime.

Key Words

adolescents, experimentation, experience, opinions, perception of risk

Introduzione

Il fumo di tabacco è un importante “fattore di rischio evitabile” per la salute [1-3], tant’è che la sua diffusione - taluni la paragonano ad una pandemia [3,4], coinvolge nel nostro Paese il 26,2% della popolazione fra i 18 ed i 74 anni (M: 25,7%; F: 26,7%), vale a dire circa 11,3 milioni di italiani (M: 5,5Mln; F: 5,8Mln), ed è responsabile di 93000 decessi all’anno con costi economici che raggiungono i 26 miliardi di euro [5,6].

Questa consapevolezza fa sì che siano molteplici le iniziative che le istituzioni politiche e socio sanitarie propongono - con particolare attenzione alle fasce di età più giovani della popolazione - da un lato per il controllo ed il monitoraggio delle abitudini tabagiche e dei rischi ad esse correlati, dall’altro per l’educazione, la sensibilizzazione, l’informazione, la prevenzione e la promozione della salute [7-17].

Tuttavia, il più delle volte le informazioni acquisite hanno una limitata ricaduta e non rispecchiano la realtà di un contesto specifico - ad es. l’ambiente scolastico di una microarea geografica - nel quale si vuole intervenire.

Scopo del lavoro

Pertanto, è per noi essenziale conoscere e monitorare i determinanti la sperimentazione, l’uso, la percezione del rischio e le opinioni espresse dagli adolescenti scolarizzati nei confronti del fumo di tabacco, elementi in grado di consentire, nell’ambito del progetto “Dall’idea all’azione: Stili di vita e rischi per la salute” [18,19], di ottimizzare, in funzione delle criticità emerse, la programmazione e l’attuazione degli interventi finalizzati alla educazione, presa di coscienza ed emancipazione dei giovani nei confronti del loro vivere quotidiano e dei rischi ad esso correlati e di valutare l’efficacia degli interventi proposti nelle diverse fasi della sua realizzazione - ex ante, in itinere, ex post -.

Materiali e metodi

La ricerca è stata condotta fra gli/le studenti/esse di alcune Scuole Secondarie di 2° grado della provincia di Gorizia selezionati “con un campionamento a grappolo” delle classi scolastiche presenti in ciascun Istituto¹ [20-22]. La popolazione scolastica reclutata, nella quale spicca una marcata presenza (M vs F: $p < 0,0005$) dei maschi (n: 293; 65,5%) rispetto alle femmine (n: 154: 35,5%), conta 447 studenti/esse di età compresa fra i 13 ed i 21anni (aa) (M: 13-21aa; F: 14-21aa), con un’età media stimata di 16,4aa (IC95%: 16,2-16.5aa), la stessa per entrambi i generi (M=>x: 16,4aa; IC95%: 16,2-16.5aa. F=>x:16,4aa; IC95%: 16,1-16.6aa).

¹ G. Brignoli di Gradisca d’Isonzo (GO), L. Einaudi e G. Marconi di Staranzano (GO), R.M. Cossar- L. da Vinci di Gorizia di seguito indicati come “BREIMACODA”.

Agli/le studenti/esse coinvolti/e, nei mesi di febbraio-marzo 2019, è stato chiesto di rispondere, nel rispetto della privacy, in classe durante la normale programmazione scolastica - in compresenza con un insegnante e con l'assistenza di un componente del Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute di Trieste (GRES) per risolvere eventuali incomprensioni o problemi lessicali presentati dal testo - alle domande di un questionario cartaceo anonimo [23,24], autosomministrato, semi strutturato, in grado di acquisire informazioni riguardanti:

- le caratteristiche anagrafiche della popolazione scolastica;
- dove ed in che occasione è avvenuto il primo approccio al fumo di tabacco;
- il comportamento ed i consumi tabagici;
- dove e in che occasione fumano ed i motivi perché fumano;
- le opinioni sul fumo e la percezione dei rischi tabacco correlati.

Le schede questionario sono state acquisite dal personale del GRES che ha provveduto alla codifica delle risposte, alla loro informatizzazione in una matrice Excell, alla revisione critica ed alla successiva elaborazione con lo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) [25-27].

Nella lettura ed il commento dei risultati si fa riferimento alla frequenza assoluta (n) e relativa (%), alla media aritmetica campionaria (x) ed al suo intervallo di confidenza al 95% (IC95%).

La valutazione riguardante la significatività degli eventi è stata fatta: a) per il confronto fra le medie aritmetiche campionarie con l'ausilio del "t-Test di Student"; b) per il confronto fra le frequenze utilizzando il "Test del Chi-quadrato (χ^2) ricorrendo, a seconda delle eventualità, alla "correzione di Yates" o al "metodo esatto di Fisher" [28-30].

Risultati

Si può fumare?

Le risposte riconducibili al 62,2% della popolazione studentesca (Tab. 1) sottolineano che fumare nuoce alla salute (Fun). Di parere opposto si rivelano il 37,6% dei/le compagni/e di studio - una netta minoranza (Fun vs Fus: $p < 0,0005$) - che sostengono l'innocuità del fumo di tabacco (Fus).

Si può fare....	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
NR	0,0	0,7	0,2
Fun	69,3 ^{*,b}	48,7 ^b	62,2 [^]
Fus	30,7 ^{*,a}	50,6 ^a	37,6 [^]

Tab. 1 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che hanno risposto alla domanda: "si può fare un qualche uso del fumo di tabacco senza nuocere alla salute". ^{*},[^],^a,^b $p < 0,0005$

I maschi che ritengono insalubre fumare prevalgono decisamente sui coetanei che sostengono l'innocuità del fumo di tabacco (Fun: 69,3%; Fus: 30,7%; $p < 0,0005$), mentre nell'ambito della popolazione femminile l'opinione sulla innocuità e/o insalubrità del fumo di tabacco risultano pressoché equamente distribuite (Fun: 48,7%; Fus: 50,6%). Dal confronto fra i generi emerge chiaramente che sono i maschi convinti della tossicità del fumo di tabacco a prevalere di gran lunga sulle compagne di studi (M vs F: $p < 0,0005$).

Le opinioni degli/le studenti/esse in funzione della progressa sperimentazione tabagica rivelano che sia fra gli/le studenti/esse che non hanno mai provato a fumare (Nos=>Fus: 27,9%; Fun: 72,1%; $p < 0,0005$) così come fra i/le compagni/e che invece hanno già fatto questa esperienza (Sis=>Fus: 45,4%; Fun: 54,6 %; $p < 0,05$) la maggior parte della popolazione scolastica è del parere che fumare nuoce alla salute (Tab. 2).

Sperimentazione	Si può...	Maschi	Femmine	MF
tabagica		(%)	(%)	(%)
	Fun	76,5 ^{a,g}	62,3 ^{b,h}	72,1 ^{c,i}
Nos	Fus	23,5 ^{*,\$,a}	37,7 ^{o,\$,b}	27,9 ^{^,c}
	Fun	63,1 ^{d,g}	40,2 ^{e,h}	54,6 ^{f,i}
Sis	Fus	36,9 ^{*,€,d}	59,8 ^{o,€,e}	45,4 ^{^,f}

Tab. 2 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli studenti delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che hanno sperimentato (Sis) o meno (Nos) il fumo di tabacco in funzione delle risposte alla domanda: "si può fare un qualche uso del fumo di tabacco senza nuocere alla salute". ^{\$.f} $p < 0,05$; ^{*} $p < 0,025$; ^{o,b,e,h} $p < 0,01$; ^{^,€,a,c,d,g,i} $p < 0,0005$

Nell'ambito della popolazione maschile sia fra i ragazzi che non hanno sperimentato il fumo di tabacco (Nos=>Fus: 23,5%; Fun: 76,5%; $p < 0,0005$) che fra quelli che lo hanno fatto (Sis=> Fus: 36,9%; Fun: 63,1%; $p < 0,0005$) prevale nettamente la consapevolezza che il fumo costituisce un rischio per la salute. Nella popolazione femminile, mentre fra le studentesse che non hanno mai provato a fumare è dominante l'idea che il fumo non è salutare (Nos=> Fus: 37,7%; Fun: 62,3%; $p < 0,01$), fra le sperimentatrici prevalgono le giovani convinte della sua innocuità (Sis=> Fus: 59,8%; Fun: 40,2%; $p < 0,01$).

In ciascuna delle popolazioni considerate, la percentuale degli/le studenti/esse che ritengono non sia rischioso fumare rilevata fra gli/le sperimentatori/trici è di gran lunga più elevata (Sis vs Nos=>M:

$p < 0,025$; F: $p < 0,01$; MF: $p < 0,0005$) di quella espressa dalla corrispondente popolazione che non ha mai provato a fumare. Dal confronto fra i generi emerge chiaramente come sia nell'ambito dei Nos (Fus=>M vs F: $p < 0,05$) che dei Sis (Fus=>M vs F: $p < 0,0005$) le ragazze che riconoscono l'innocuità del fumo di tabacco prevalgono nettamente sui coetanei.

L'incrocio fra delle opinioni espresse dagli/le studenti/esse a proposito della innocuità del fumo di tabacco e le loro abitudini tabagiche (Tab. 3) mette in luce che il 73,7% dei/le non fumatori/trici (Nsm) ritiene che far un qualche uso del fumo di tabacco è insalubre (Fun=>M: 74,4%; F: 72,0%), mentre il 26,3% dei/le compagni/e lo considerano privo di rischio (Fus=>M: 25,6%; F: 28,0%). Nella popolazione scolastica generale così come fra i maschi e le femmine non fumatori/trici l'insalubrità del fumo di tabacco viene riconosciuta da una decisa maggioranza degli/le studenti/esse (Fus vs Fun=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$).

Comportamento tabagico	Si può...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
	Fun	74,4 ^{a,*}	72,0 ^{c,°}	73,7 ^{e,^}
Nsm				
	Fus	25,6 ^{a,\$}	28,0 ^{c,£}	26,3 ^{e,@}
	Fun	53,3 [*]	44,3 [°]	49,1 [^]
Ssm				
	Fus	47,8 ^{\$}	55,7 [£]	50,9 [@]

Tab. 3 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse "fumatori/trici" (Ssm) e "non fumatori/trici" (Nsm) delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione delle risposte alla domanda: "si può fare un qualche uso del fumo di tabacco senza nuocere alla salute". °,£) $p < 0,001$; a,c,*,\$,e,^,@) $p < 0,0005$

Fra i/le fumatori/trici (Ssm) la consapevolezza che il fumo di tabacco mette a repentaglio la salute accomuna il 49,1% degli/le studenti/esse (Ssm=>M: 53,3%; F: 44,3%), opinione che viene contraddetta dal 50,9% dei/le coetanei/e che si dicono convinti della sua innocuità (Nsm=> M: 47,8%; F: 55,7%).

Nell'insieme della popolazione studentesca ed in quella di entrambi i generi, gli studenti/esse fumatori/trici che ritengono innocuo fumare risultano significativamente più rappresentati/e rispetto a quelle/i rilevati fra i/le coetanei/e non fumatori/trici (Sis vs Nos=> M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,001$; MF: $p < 0,0005$).

Quanto si può fumare?

La comunità scolastica convinta della innocuità del fumo di tabacco precisa (Tab. 4) che si possono fumare mediamente fra 0,003 e 20,0 sigarette al giorno (sig/die) (M: 0,003-20,0sig/die; F: 0,005-10,0sig/die), una media di 2,1sig/die (IC95%: 1,7-2,5), ed i ragazzi (x: 2,3sig/die; IC95%: 1,7-3,0sig/die) si rivelano in qualche misura mediamente più permissivi delle compagne di studi (x: 1,8sig/die; IC95%: 1,3-2,0sig/die).

Parametri (consumi)	Maschi (sig/die)	Femmine (sig/die)	MF (sig/die)
RANGE	0,003-20,0	0,005-10,0	0,003-20,0
x	2,3	1,8	2,1
SD	3,00	2,02	2,60
ES	0,32	0,23	0,20
IC95%	1,7-3,0	1,3-2,0	1,7-2,5

Tab. 4 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (IC95%), specifici/che per genere, di quanto gli studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) dichiarano "si può fumare senza nuocere alla salute".

Gli/le studenti/esse che non hanno mai approcciato il fumo di tabacco (Nos) dell'idea che fumare non mette a rischio la salute (Tab. 5) affermano che non si espone a rischio chi fuma quotidianamente 0,03-15,0sig/die, in media 2,2sig/sie (IC95%: 1,5-2,9sig/die).

Parametri (consumi)	Maschi (sig/die)	Femmine (sig/die)	MF (sig/die)
RANGE	0,03-15,0	0,03-10,0	0,03-15,0
x	2,5	1,9	2,2
SD	2,79	2,13	2,53
ES	0,49	0,45	0,34
IC95%	1,5-3,4	1,0-2,8	1,5-2,9

Tab. 5 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (IC95%), specifici/che per genere, di quanto gli studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che non hanno sperimentato il fumo di tabacco dichiarano "si può fumare senza nuocere alla salute"

In questo gruppo i consumi ritenuti innocui dai ragazzi oscillano fra i 0,03 e 15,0sig/die, quelli indicati dalle coetanee variano fra i 0,03-10,0sig/die, ed i consumi medi quotidiani stimati sono rispettivamente di 2,5sig/die (IC95%: 1,5-3,4sig/die) per i maschi e di 1,9sig/die (IC95%: 1,0-2,8 sig/die) per le femmine.

Gli/le sperimentatori/trici (Sis) sono convinti che non penalizzano la salute dei fumatori (Tab. 6) consumi tabagici variabili fra le 0,003 e le 20,0sig/die riconducibili in media a 2,0sig/die (IC95%: 1,5-2,5sig/die). I maschi sperimentatori reputano privi di rischio fumare 0,003-20,0sig/die in media 2,2sig/die (IC95%: 1,6-2,9sig/die), consumi che per le sperimentatrici oscillano fra 0,005-10,0sig/die e sono mediamente pari a 1,7 sig/die (IC95%: 1,2-2,3sig/die).

Parametri (consumi)	Maschi (sig/die)	Femmine (sig/die)	MF (sig/die)
RANGE	0,003-20,0	0,005-10,0	0,003-20,0
x	2,2	1,7	2,0
SD	3,12	1,99	2,64
ES	0,41	0,27	0,25
IC95%	1,6-2,9	1,2-2,3	1,5-2,5

Tab. 6 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (IC95%), specifici/che per genere, di quanto gli studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che hanno sperimentato il fumo di tabacco dichiarano "si può fumare senza nuocere alla salute" .

La popolazione studentesca fumatore/trice (Tab. 7) reputa innocuo fumare 0,005-20,0sig/die (M: 0,03-20sig/die; F: 0,005-10,0sig/die), equivalenti in media a 2,0sig/die (IC95%: 1,4-2,6sig/die), consumi privi di rischio che per la popolazione maschile sono mediamente di 2,4 sig/die (IC95%: 1,4-3,5sig/die) per quella femminile di 1,5sig/die ((IC95%: 1,0-2,1sig/die).

Parametri (consumi)	Maschi (sig/die)	Femmine (sig/die)	MF (sig/die)
RANGE	0,03-20	0,005-10	0,005-20
x	2,4	1,5	2,0
IC95%	1,4-3,5	1,0-2,1	1,4-2,6

Tab. 7 - Range, media aritmetica (x) ed intervallo di confidenza della media (IC95%), specifici/che per genere, di quanto gli studenti/esse fumatori/trici (Smo) delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) dichiarano "si può fumare senza nuocere alla salute".

Dal canto loro gli/le studenti/esse non fumatori/trici ritengono insalubre un consumo tabagico quotidiano compreso fra 0,003 e 15,0sig/die (M: 0,003-15,0sig/die; F: 0,03-10,0sig/die), corrispondente in media 2,1sig/die (IC95%: 1,6-2,7sig/die). In particolare, i non fumatori reputano

innocuo un consumo medio di 2,2sig/die (IC95%: 1,5-2,9sig/die) le non fumatrici 2,0sig/die (IC95%: 1,3-2,8sig/die).

Parametri (consumi)	Maschi (sig/die)	Femmine (sig/die)	MF (sig/die)
RANGE	0,003-15,0	0,03-10,0	0,003-15,0
x	2,2	2,0	2,1
IC95%	1,5-2,9	1,3-2,8	1,6-2,7

Tab. 8 - Range, media aritmetica (x) ed intervallo di confidenza della media (IC95%), specifici/che per genere, di quanto gli studenti/esse non fumatori/trici (Nsm) delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) dichiarano "si può fumare senza nuocere alla salute".

Nell'intento di verificare la "coerenza dei comportamenti" con la "consapevolezza del rischio" al quale gli/le studenti/esse si espongono fumando, abbiamo confrontato il consumo tabagico dichiarato dai/le singoli/e fumatori/trici con il consumo medio ritenuto dagli/le stessi/e lesivo per la salute (Tab. 9).

Comportamento Coe e/o Inc	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Coerente Prudente (Pru)	35,8	32,5°	34,2
Coerente (Coe)	19,0	7,0°	12,9
Incoerente (Inc)	45,2	60,5°	52,9

Tab. 9 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli studenti/esse fumatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione del comportamento tabagico "coerente e/o incoerente" manifestato nei confronti della percezione del consumo tabagico a rischio per la salute. °) p<0,06

Il confronto puntuale mette in risalto che il 34,2% della popolazione scolastica fumatrice (M: 35,8%; F: 32,5%) in quanto dichiara un consumo medio quotidiano inferiore a quello ritenuto da loro stessi/e innocuo adotta un comportamento "coerente e prudente (Pru)" (Tab. 9).

Allo stesso tempo il 12,9% dei/delle coetanei/e fumatori/trici, (M: 19,0%; F: 7,0%) i cui consumi tabagici coincidono con quelli ritenuti privi di rischio mantengono un comportamento “coerente (Coe)”. Per contro, il 52,9% dei/le fumatori/trici - le femmine meno prudenti dei compagni di scuola (M: 45,2%; F: 60,5%) - i cui consumi medi licitati risultano più elevati di quelli indicati come a rischio manifestano un comportamento tabagico “incoerente (Inc)”.

La sola differenza rilevata nell’ambito della popolazione femminile fumatrice fra le ragazze “incoerenti” da un lato e l’insieme delle compagne “coerenti prudenti” e “coerenti” dall’altro è risultata di una qualche rilevanza significativa (Inc vs Pru+Coe=> p<0,06).

Quanto si può fumare

La comunità scolastica fumatrice coerente (Tab. 10) definisce innocui consumi compresi fra 0,005 e 20,0sig/die che in media ammontano a 2,6sig/die (IC95%: 1,4-3,8sig/die), mentre **la popolazione scolastica fumatrice incoerente** ritiene privi di rischio consumi che oscillano fra 0,005-5,0sig/die e ammontano mediamente a 1,5sig/die (IC95%: 1,1-1,9sig/die).

I fumatori coerenti sono dell’idea che non mettono a repentaglio la salute consumi tabagici che oscillano fra 0,03-20,0sig/die riconducibili in media a 3,1sig/die (IC95%: 1,2-5,0sig/die), consumi quotidiani innocui che a detta dei fumatori incoerenti variano fra 0,03-20,0sig/die e sono mediamente pari a 1,6sig/die (IC95%: 1,0-2,1sig/die).

Parametri (consumi)	Maschi		Femmine		MF	
	Coerenti (sig/die)	Incoerenti (sig/die)	Coerenti (sig/die)	Incoerenti (sig/die)	Coerenti (sig/die)	Incoerenti (sig/die)
RANGE	0,03-20,0	0,03-20,0	0,005-5,0	0,005-5,0	0,005-20,0	0,005-5,0
x	3,1	1,6	1,8	1,4	2,6 ^a	1,5 ^a
SD	4,57	1,20	2,32	1,37	3,80	1,16
ES	0,95	0,28	0,56	0,27	0,60	0,17
IC95%	1,2-5,0	1,0-2,1	0,6-2,9	0,9-2,0	1,4-3,8	1,1-1,9

Tab. 10 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (IC95%), specifici/che per genere, di quante sigarette gli studenti/esse fumatori/trici coerenti e incoerenti delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) ritengono si possano fumare "senza nuocere alla salute".

^a) p<0,08

Le fumatrici coerenti indicano come innocuo un consumo quotidiano di sigarette di 0,005-5,0sig/die corrispondente in media a 1,8sig/die (IC95%: 0,6-2,9sig/die). Del tutto simile è il consumo tabagico

privo di rischio indentificato dalle colleghe incoerenti che risulta compreso fra le 0,05-5,0sig/die, mediamente di 1,4sig/die (IC95%: 0,9-2,0sig/die). Nella popolazione fumatrice generale, così come in quella maschile e femminile, i consumi medi indicati come privi di rischio dagli/dalle studenti/esse fumatori/trici coerenti risultano superiori a quelli indicati come innocui dai/lle coetanei/e fumatori/trici incoerenti, ma la sola differenza emersa nella popolazione generale è risultata rilevante (MF=>Coe vs Inc: $p<0,08$).

I luoghi della sperimentazione

Nell'indicare "dove hai provato a fumare per la prima volta" il 57,6% degli sperimentatori/trici (Tab. 11) - una netta maggioranza (Dos vs Don=>F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$) - ha indicato il luogo della iniziazione tabagica e fra questi/e le ragazze si sono rivelate di gran lunga più disponibili dei compagni di studi (M: 52,9; F: 65,6%; $p<0,05$).

Sperimentatori	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non rispondenti (Don)	47,1 ^b	34,4 ^{b,°}	42,4 [^]
Rispondenti (Dos)	52,9 ^a	65,6 ^{a,°}	57,6 [^]

Tab. 11 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/lle studenti/esse sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che hanno risposto alla domanda "dove hai provato a fumare per la prima volta?".

^{a,b)} $p<0,05$ °[^]) $p<0,0005$

Dalla lettura delle risposte rese disponibili dagli/lle studenti/esse emerge che l'81,6% degli/lle sperimentatori/trice² riconducono l'iniziazione al fumo di tabacco "fuori casa (Exm)" (M: 75,2%; F: 92,5%), quando invece il 31,6% dei/lle coetanei/e (M: 29,3%; F: 35,5%) - una frazione minoritaria (Ext vs Inm=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$) - afferma di aver fatto questa esperienza "in casa (Inm)" (Tab. 12).

² Di seguito nel testo per sperimentatore/trice si intende sperimentatori/trici rispondenti. Le percentuali sono state calcolate utilizzando come denominatore gli sperimentatori che hanno dato risposta alla domanda: "dove hai provato a fumare per la prima volta", come numeratore tutte le risposte sul "dove hanno provato a fumare". La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto parte degli/lle studenti/esse hanno dato più di una risposta.

Dove è avvenuto il primo approccio...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Fuori casa (Exm)	75,2*	92,5°	81,6^
In casa (Inm)	29,3*	35,5°	31,6^
A casa da solo (Ins)	28,7 ^a	33,3 ^b	30,4 ^c
A casa con amici (Ina)	0,6 ^a	2,2 ^b	1,2 ^c

Tab. 12 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli studenti/esse sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che hanno risposto alla domanda: "dove hai provato a fumare per la prima volta". *_o,^_a,b,c) p<0,0005

Approfondendo l'analisi emerge che il 30,4% degli/le sperimentatori/trici ha provato a fumare "a casa da solo (Ins)" (M: 28,7%; F: 33,3%) ed una sparuta minoranza dell'1,2% (Ins vs Ina=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$ - lo ha fatto "a casa con amici (Ina)" (M: 0,6%; F: 2,2%).

Dove è avvenuto Il primo approccio...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
"Al bar"	36,3	41,9	38,4
Al bar da solo (Bas)	34,4*	39,8°	36,4^
Al bar con amici (Bam)	1,9*	2,1°	2,0^
A scuola	25,5	33,3	28,4
Alle feste	0,0	5,4	2,0
In discoteca	1,9	1,1	1,6

Tab. 13 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli studenti/esse sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" coinvolti nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione delle risposte alla domanda: "dove hai provato a fumare per la prima volta". *;°;^ $p<0,0005$

In ambiente extradomestico (Tab.13), "al bar" è avvenuto il primo approccio al fumo di tabacco per il 38,4% degli/le sperimentatori/trici (M: 36,3%; F: 41,9%), evento che il 36,4% (M: 34,4%; F: 39,8%) - la maggioranza (Bas vs Bam=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$) - specifica di aver vissuto "al bar da solo" (Bas), quando invece il 2,0% (M: 1,9%; F: 2,1%) ricorda di averlo condiviso "al bar con amici" Sempre fuori casa, "la scuola" è stato il luogo dove si è consumata la prima esperienza tabagica per il 28,4% degli/le sperimentatori/trici (M: 25,5%; f: 33,3%), mentre il 2,0% degli/le compagni/e ha vissuto l'iniziazione al fumo - solo le ragazze (M: 0,0%; F: 5,4%) - negli ambienti in cui si svolgeva una "festa" e l'1,6% ammette che per loro la sperimentazione del fumo è avvenuta "in discoteca" (M: 1,9%; F: 1,1%).

Dove è avvenuto il primo approccio...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
In giro	10,2	7,5	9,2
Fuori casa	0,0	2,2	0,8
Macchina	0,6	0,0	0,4
In spiaggia	0,0	1,1	0,4
Con amici	0,6	0,0	0,4

Tab. 14 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione delle risposte fornite alla domanda: "dove hai provato a fumare per la prima volta".

Nel descrivere i luoghi della sperimentazione tabagica il 9,2% della popolazione sperimentatore/trice (Tab. 14) afferma genericamente che la sua iniziazione al fumo è avvenuta "in giro" (M: 10,2%; F: 7,5%), per lo 0,8% "fuori casa" (M: 0,0%; F: 2,2%), per lo 0,4% degli sperimentatori/trici l'evento si è concretizzato in "macchina" (M: 0,6%; F: 0,0%), in "spiaggia" (M: 0,0%; F: 1,1 %) oppure "con amici" (M: 0,6%; F: 0,0%).

Le occasioni della sperimentazione

La memoria non aiuta gli/le studenti/esse sperimentatori/trici tant'è che solamente il 33,6%, (Onr vs Ori=>M: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$), con una netta prevalenza delle ragazze sui coetanei (M: 26,8%; F: 45,2%; $p < 0,005$), ricorda l'occasione in cui ha avuto luogo il primo approccio al fumo di tabacco (Tab. 15).

Sperimentatori	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non rispondenti (Onr)	73,2*	54,8	66,4^
Rispondenti (Ori)	26,8 ^{a,*}	45,2 ^a	33,6^

Tab. 15 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che hanno risposto alla domanda: "in che occasione hai provato a fumare per la prima volta".

^{a)} $p < 0,005$; *, ^) $p < 0,0005$

“L'incontro con gli amici” (Tab. 16) ha indotto a provare il fumo di tabacco il 40,5% degli sperimentatori/trici rispondenti³ (M: 38,1%; F: 42,9%).

In che occasione hai provato a fumare	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
“Incontro con amici... “	38,1	42,9	40,5
...per provare	31,0	31,0	31,0
...in compagnia	7,1	11,9	9,5
Cene, sagre, feste, gite...	21,4	33,3	27,4
Bar per il caffè e/o aperitivo	7,2	4,8	6,0

Tab. 16 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (Go) coinvolti /e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione delle risposte alla domanda: "in che occasione hai provato a fumare per la prima volta".

A ben guardare il 31,0% ricorda di averlo fatto “per provare” (M: 31,0%; F: 31,0%) ed il 9,5% “per stare in compagnia” (M: 7,1%; F: 11,9%). Le “cene, sagre, feste, gite” vengono identificati dal 27,4% degli/le sperimentatori/trici (M: 21,4%; F: 33,3%) come l'occasione della sperimentazione che il 6,0% associa con l'uscita al “bar per il caffè e/o l'aperitivo” (M: 7,2%; F: 4,8%).

³ Di seguito nel testo per sperimentatore/trice si intende sperimentatori/trici rispondenti. Le percentuali sono state calcolate utilizzando come denominatore gli sperimentatori che hanno dato risposta alla domanda: "in che occasione hai provato a fumare per la prima volta?", come numeratore tutte le risposte relative alla “occasione della sperimentazione”. La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto parte degli/le studenti/esse hanno dato più di una risposta.

In che occasione hai provato a fumare	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Ricreazione	11,9	14,3	13,1
Dopo catechismo	16,7	7,1	11,9
Dopo allenamento	0,0	7,1	3,6
Aspettando la corriera	2,4	0,0	1,2
Fuori scuola	0,0	2,4	1,2

Tab. 17 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (Go) coinvolti /e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione della risposta alla domanda: "in che occasione hai provato a fumare per la prima volta".

Il primo approccio al fumo è avvenuto in occasione della "ricreazione" per il 13,1% degli/le sperimentatori/trici (M: 11,9%; F: 14,3%), l'11,9% ha sperimentato il fumo "dopo catechismo" (M: 16,7%; F: 7,1%), il 3,6% ha provato a fumare per la prima volta "dopo l'allenamento" (M: 0,0%; F: 7,1%), l'1,2% lo ha fatto "aspettando la corriera" (M: 2,4%; F: 0,0%) ed altrettanti/e "fuori scuola" (M: 0,0%; F: 2,4%) (Tab. 17).

In che occasione hai provato a fumare	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Stress e/o crisi	14,3	11,9	13,1
Lutto	0,0	11,9	6,0
Per dimenticare la stanchezza	4,8	0,0	2,4
Noia, solitudine	4,8	0,0	2,4

Tab. 18 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione della risposta alla domanda: "in che occasione hai provato a fumare per la prima volta".

Ancora, alcune condizioni particolari quali "lo stress e/o una crisi" hanno fornito al 13,1% dei/le sperimentatori/trici (M: 14,3%; F: 11,9%) l'occasione del primo approccio al fumo (Tab. 18), occasione che per il 6,0% è stata un "lutto" (M: 0,0%; F: 11,9%), per il 4,8% l'intenzione di

“dimenticare la stanchezza” (M: 4,8%; F: 0,0%) e per il 2,4% l'intenzione di far fronte alla “noia, solitudine” (M: 4,8%; F: 0,0%).

In che occasione hai provato a fumare	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Con il/la mio/a ragazzo/a	2,4	2,4	2,4
Per imitare il papà e/o il nonno	2,4	0,0	1,2
Nessuna/al caso	2,4	9,5	6,0
Per sbaglio	0,0	2,4	1,2

Tab. 19 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/le studenti/esse sperimentatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione della risposta alla domanda: "in che occasione hai provato a fumare per la prima volta".

A seguire, sono il 2,4% gli/le sperimentatori/trici che affermano di aver provato a fumare in occasione “dell'incontro con il/con la ragazza/a” (M: 2,4%; F: 2,4%), l'1,2% identifica l'occasione con la voglia di “imitare il papà e il nonno” (M: 2,4%; F: 0,0%) (Tab. 19). Infine, c'è ancora il 6,0% degli sperimentatori/trici che riconduce il primo approccio al fumo di tabacco “a nessuna occasione, al caso” (M: 2,4%; F: 9,5%) e l'1,2% che dice di aver provato a fumare “per sbaglio” (M: 0,0%; F: 2,4%).

Dove fumi?

Ammontano al 93,1% (M: 90,4%; F: 96,9%) i/le fumatori/trici, che hanno risposto alla domanda “dove fumi (Fri)”, a fronte del 6,9% dei/le coetanei/e fumatori/trici (M: 9,6%; F: 3,1%), la minoranza (Fri vs Fnr=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$), che si è astenuto o non ricorda (Fnr) (Tab. 20).

Fumatori/trici	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non rispondenti (Fnr)	9,6*	3,1°	6,9^
Rispondenti (Fri)	90,4*	96,9°	93,1^

Tab. 20 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli studenti/esse fumatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che hanno risposto alla domanda: "puoi indicare dove fumi". *°^ p<0,0005

L'ambiente domestico "in casa" è il luogo in cui il 54,1% degli/delle studenti/esse fumatori/trici (M:55,3 %; F: 52,4%) affermano di fumare (Tab. 21)⁴, il 52,0% specifica di farlo "a casa da solo" (M: 54,1%; F: 49,2%) ed il 2,1%, nettamente inferiori (Das vs Cam=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), si rivelano i compagni/e che fumano "in casa con amici" (M: 1,2%; F: 3,2%).

Dove fumi	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
"In casa"	55,3	52,4	54,1
Da solo (Das)	54,1 ^f	49,2 ^g	52,0 ^h
Con amici (Cam)	1,2 ^f	3,2 ^g	2,1 ^h

Tab. 21 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli studenti/esse fumatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che dicono di fumare "in casa". ^{f,g,h} p<0,0005

Gran parte dei/le fumatori/trici asserisce di fare un qualche uso del fumo di tabacco in ambiente extradomestico (Tab. 22). A questo proposito il 16,2% ammette laconicamente di fumare "fuori casa" (M: 18,8%; F: 12,7%) ed il 51,6% di farlo "al bar" - decisamente preferito dalla popolazione maschile fumatrice (M: 62,8%; F: 35,4%; p<0,0005) - luogo nel quale il 47,8% dei/le fumatori/trici dicono di fumare "da solo/a" (Bas vs Bac=>M: 58,5%; F: 32,3%; p<0,0005) ed una netta minoranza del 3,8%

⁴ Di seguito nel testo per fumatore/trice è si intende fumatore/trice rispondente. Le percentuali sono state calcolate utilizzando come denominatore i/le fumatori/trici che hanno dato risposta alla domanda: "puoi indicare dove fumi".?, come numeratore tutte le risposte relative al "luogo in cui fumi". La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto una parte degli/le studenti/esse hanno dato più di una risposta.

(Bas vs Bac=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$) afferma di farlo "con amici" (M: 4,3%; F: 3,1%).

Prediligono fumare in altri luoghi della socializzazione il 6,2% dei/le fumatori/trici, ambienti che le ragazze mostrano di preferire più dei compagni di scuola (M: 2,1%; F: 12,3%; $p<0,08$). A questo proposito specificano di fumare "alle feste" il 3,1% dei/le fumatori/trici (M: 0,0%; F: 7,7%), l'1,9% lo fa in "discoteca" (M:2,1 %; F: 1,5%) e l'1,2% fuma nei luoghi di "incontro con gli amici" (M: 0,0%; F: 3,1%). Infine, c'è ancora l'1,4% dei fumatori/trici che ammette di fumare "dove voglio" (M: 2,4%; F: 0,0%) ed un altro 0,7% che ricorda di farlo "in macchina (M: 1,2%; F: 0,0%).

Dove fumi	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
"Fuori casa"	18,8	12,7	16,2
"Al bar"	62,8 ^a	35,4 ^a	51,6
Al bar da solo (Bas)	58,5 ^{b,c}	32,3 ^{b,d}	47,8 ^e
Al bar con amici /Bac)	4,3 ^c	3,1 ^d	3,8 ^e
"Luoghi della socializzazione"	2,1 ^f	12,3 ^f	6,2
Alle feste	0,0	7,7	3,1
In discoteca	2,1	1,5	1,9
Incontro con gli amici	0,0	3,1	1,3
Dove voglio	2,4	0,0	1,4
In macchina	1,2	0,0	0,7

Tab. 22 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli studenti /esse fumatori /trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che dicono di fumare "al bar". ^f) $p<0,08$; ^{a,b,c,d,e}) $p<0,0005$

L'occasione in cui si fuma

Buona parte degli/le studenti/esse fumatori/trici (Roc: 53,5%; Noc: 46,5%; $p<0,025$) hanno reso disponibili le informazioni (Roc) riguardanti l'occasione in cui fumano (Tab. 23), maggioranza di rispondenti (Roc) che si riscontra anche nell'ambito della popolazione femminile (Roc: 66,2%; Noc: 33,8%; $p<0,0005$), mentre invece in quella maschile sono i non rispondenti (Noc) a prevalere in qualche misura sui coetanei rispondenti (Noc: 55,3%; Roc: 44,7%).

Fumatori/trici	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non rispondenti (Noc)	55,3	33,8 ^o	46,5 [^]
Rispondenti (Roc)	44,7 ^a	66,2 ^{a,o}	53,5 [^]

Tab. 23 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli studenti/esse fumatori /trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che hanno risposto alla domanda: "puoi indicare in che occasione fumi". ^) p<0,025; ^a) p<0,01; ^o) p<0,0005

Le ragazze fumatrici che hanno fornito indicazioni sulla occasione in cui fanno ricorso al fumo di tabacco prevalgono decisamente sui compagni di scuola (Roc=>M vs F: p<0,01).

Ammontano al 34,1% gli/le studenti/esse fumatori/trici⁵ (M: 38,1%; F: 30,2%) che dichiarano di fumare "sempre, ovunque" (Tab. 24), nel dettaglio il 30,6% colgono l'occasione per fumare durante l'incontro "con gli amici" (M: 31,0%; F: 30,2%), opportunità che il 12,9% trova "alle feste, per festeggiare" (M: 14,3%; F: 11,6%) ed il 9,4% nello "stare/trovarsi in compagnia" (M:7,1 %; F: 11,6%).

⁵ Di seguito nel testo per fumatore/trice si intende fumatore/trice rispondente. Le percentuali sono state calcolate utilizzando come denominatore i/le fumatori/trici che hanno dato risposta alla domanda: "in che occasione fumi?", come numeratore tutte le risposte relative alla "occasione in cui fuma". La somma delle percentuali supera il 100% in quanto parte degli/le studenti/esse hanno dato più di una risposta.

In che occasione fumi	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Sempre, ovunque	38,1	30,2	34,1
Con gli amici	31,0	30,2	30,6
Alle feste/per festeggiare	14,3	11,6	12,9
Stare/trovarsi in compagnia	7,1	11,6	9,4
"A scuola"	19,0	27,9	23,5
Prima e dopo scuola	14,3	16,3	15,3
A ricreazione	0,0*	11,6*	5,9
All'uscita da scuola	4,8	0,0	2,4
Quando sono solo/a	4,8	4,7	4,7
Quando sono stanco/a	2,4	0,0	1,2
Per assaggiare	0,0	2,3	1,2
Per dimenticare	2,4	0,0	1,2
Per imitazione	2,4	0,0	1,2

Tab. 24 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli studenti/esse fumatori/trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione delle risposte alla domanda: "in che occasione fumi?". *) $p < 0,025$

“La scuola” fornisce l’occasione per fumare dal 23,5% dei/le fumatori/trici, (**M: 19,0%; F: 27,9%**), in particolare il 15,3% afferma di fumare “prima e dopo scuola” (M: 14,3%; F: 16,3%), quando il 5,9% - solo ragazze (M: 0,0%; F: 11,6%; $p < 0,025$) - fuma “a ricreazione” ed il 2,4% - solo maschi (M: 4,8%; F: 0,0%) - ammette di farlo “all’uscita della scuola”. Fumo “quando sono solo/a” e “quando sono stanco/a” è l’occasione che induce a fumare rispettivamente il 4,7% (M: 4,8%; F: 4,7%) e l’1,2% (M: 2,4%; F: 0,0%) dei fumatrici/trici. All’1,2% dei fumatori/trici l’occasione per fumare viene offerta dalla “voglia di assaggiare” (M: 0,0%; F: 2,3%), altrettanti/e la identificano con la necessità di “dimenticare” (M: 2,4%; F: 0,0%) e la trovano nella volontà di “imitare...” (M: 2,4%; F: 0,0%).

Il motivo per cui si fuma

Dimostra di aver ben chiaro perché fuma il 67,3% della popolazione studentesca fumatore/trice (Mos) (M: 64,9%; F: 70,8%) che risponde alla domanda “puoi indicare per quale motivo fumi?” (Tab. 25). Viceversa, il 32,7% dei/le coetanei/e (M: 35,1%; F: 29,2%) - una frazione decisamente

minoritaria (Mos vs Mon=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$,) - decide di non rispondere e/o non è consapevole del perché dell'evento (Mon).

Fumatori/trici	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non rispondenti (Mon)	35,1*	29,2°	32,7^
Rispondenti (Mos)	64,9*	70,8°	67,3^

Tab. 25 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli studenti/esse fumatori /trici delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" (GO) coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che hanno risposto alla domanda: "puoi indicare per quale motivo fumi?". *°^ $p<0,0005$

“Il passatempo, il divertimento ...” è a detta del 47,8% della popolazione dei/le fumatori/trici il motivo che li/e porta a fare un qualche uso del fumo di tabacco (M: 47,5%; F: 47,8%)⁶, ancorché il 38,3% dei fumatori/trici ha chiaro che ricorre al fumo - le femmine più dei maschi (M: 24,6%; F: 56,5%; $p<0,001$) - perché “mi rilassa, mi fa star bene ...” (Tab. 26).

Si dice motivato/a a fumare dalla “dipendenza, non riesco a smettere ...” il 13,1% della popolazione fumatore/trice (M: 14,8%; F: 10,9%), il 4,7% fuma per “abitudine” (M: 3,3%; F: 6,5%) e lo 0,9% “per vizio” (M: 0,0%; F: 2,2%).

Condizioni e stati d’animo quali “lo stress, l’ansia, il nervoso” fanno sì che il 14,0% dei fumatori/trici fumi (M: 9,8%; F: 19,6%), il 5,6% afferma di farlo per far fronte alla “noia” (M: 6,6%; F: 4,3%), lo 0,9% ricorre al fumo per sedare la “rabbia” (M: 0,0%; F: 2,2%), la “tristezza” (M: 0,0%; F: 2,2%) oppure la “depressione” (M: 0,0%; F: 2,2%).

⁶ Di seguito nel testo per fumatore/trice è si intende fumatore/trice rispondente. Le percentuali sono state calcolate utilizzando come denominatore i/le fumatori/trici che hanno dato risposta alla domanda: "per quale motivo fumi?", come numeratore tutte le risposte relative al "motivo per cui si fuma". La somma delle percentuali supera il 100% in quanto parte degli/le studenti/esse hanno dato più di una risposta.

Per quale motivo fumi	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Passatempo, per divertirmi ...	47,5	47,8	47,7
Mi rilassa, mi fa star bene ...	24,6 ^a	56,5 ^a	38,3
Dipendenza, non riesco a smettere ...	14,8	10,9	13,1
Abitudine	3,3	6,5	4,7
Vizio	0,0	2,2	0,9
Stress, ansia, nervoso	9,8	19,6	14,0
Noia	6,6	4,3	5,6
Stupidità	1,6	2,2	1,9
Sfogo	0,0	4,3	1,9
Rabbia	0,0	2,2	0,9
Tristezza	0,0	2,2	0,9
Depressione	0,0	2,2	0,9
Non c'è motivo	6,5*	0,0*	3,7
Curiosità	1,6	0,0	0,9
Mi stimola	1,6	0,0	0,9
Per sballare di più	1,6	0,0	0,9
Per accompagnare gli alcolici	1,6	0,0	0,9

Tab. 26 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli studenti/esse fumatori/trici "rispondenti" delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) in funzione delle risposte alla domanda: "puoi indicare per quale motivo fumi ". *) $p < 0,05$; ^a) $p < 0,001$

Lo 0,9% è indotto a fumare dalla "curiosità" (M: 1,6%; F: 0,0%), altrettanti dall'effetto "stimolante" esercitato dal fumo (M: 1,6%; F: 0,0%), "dalla voglia di sballare" (M: 1,6%; F: 0,0%) o "per accompagnare gli alcolici" (M: 1,6%; F: 0,0%). Infine, per loro stessa ammissione il 3,7% dei/le fumatori/trici - solo i maschi (M:6,5%; F: 0,0%; $p < 0,05$) – fumano "senza motivo".

Opinioni sul fumo

Rappresentano una significativa maggioranza (Ops vs Opn=>M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) il 62,2% degli/le studenti/esse contattati/e (M: 60,4%; F: 65,6%) che hanno espresso la

propria opinione sul fumo di tabacco (Ops), a fronte del 37,8% dei/lle coetanei/e (M: 39,6%; F: 34,4%) che si rivelano di fatto reticenti (Opn) (Tab. 27).

Studenti/esse	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non rispondenti (Opn)	39,6*	34,4°	37,8^
Rispondenti (Ops)	60,4*	65,6°	62,2^

Tab. 27 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli studenti/esse delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19) che hanno risposto alla domanda: "cosa pensi del fumo di tabacco?". *,°,^ p<0,0005

Una connotazione sostanzialmente negativa (One) nei confronti del fumo di tabacco accomuna l'87,4% delle risposte (M: 89,0%; F: 84,4%) rese disponibili dalla popolazione studentesca rispondente⁷ (Tab. 28).

Opinioni sul fumo di tabacco	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Negativa (One)	89,0 ^{a,c}	84,4 ^{e,f}	87,4 ^{h,i}
Positiva (Opo)	8,9 ^{b,d}	13,2 ^{e,g}	10,4 ^{h,l}
Indifferente (Oin)	2,0 ^{c,d}	2,4 ^{f,g}	2,2 ^{i,l}

Tab. 28. - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, delle opinioni sul fumo di tabacco espresse dagli studenti/esse rispondenti delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19). ^{a,b,c,d,e,f,g,h,i,l} p<0,0005

Di gran lunga inferiori (One vs Opo=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) si rivelano il 10,4% dei pareri (M: 8,9%; F: 13,2%) che dedicano un pensiero positivo al fumo di tabacco (Opo) ed ancor

⁷ Le percentuali sono state calcolate utilizzando come numeratore il numero delle specifiche risposte fornite dagli studenti/esse alla domanda: "indica con tre parole cosa pensi del fumo?", come denominatore il numero totale delle risposte fornite dagli studenti/esse.

più ridotte (One vs Oin=>M: $p<0,0005$; F: $p<0,0005$; MF: $p<0,0005$) e pari al 2,3% (M: 2,0%; F: 2,4%) sono quelle che manifestano indifferenza (Oin).

Opinioni negative sul fumo di tabacco	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
“Opinioni negative”	46,2	40,0	44,1
Dannoso, nocivo	16,8	13,2	15,6
Causa di malattia	10,2	10,2	10,2
Rischioso e problematico	8,4	7,8	8,2
Cancerogeno e mortale	8,4 [^]	2,4 [^]	6,4
Insalubre e tossico	2,0 [°]	5,9 [°]	3,4
Inutile,sciocco,stupido	18,1 [^]	24,4 [^]	20,3
Costoso, uno spreco di denaro	5,4	4,4	5,0
Disgustoso, schifoso, maleodorante...	8,5	5,4	7,3
Brutto, cattivo, amaro...	1,5	2,4	1,8
Droga, dipendenza,vizio	5,9	6,8	6,2
Doloroso	0,8	0,0	0,5
Destabilizzante	0,3	0,5	0,4
Non fumare	0,5	0,0	0,3
Non esagerare	0,3	0,0	0,2
Troppo diffuso	0,3	0,3	0,2

Tab. 29. - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, delle opinioni sul fumo di tabacco espresse dagli/le studenti/esse rispondenti delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19). [^] $p<0,005$; [°] $p<0,025$; [˘] $p<0,08$

Esplorando le “opinioni negative” espresse dalla comunità scolastica nei confronti del fumo salta agli occhi che il 44,1% delle risposte, il 46,2% di quelle fornite dai maschi ed il 40,0% di quelle espresse dalle compagne di studi, manifestano preoccupazione per la salute (Tab. 29).

A questo proposito il 15,6% delle opinioni definiscono il fumo “dannoso, nocivo” (M: 16,8%; F: 13,2%), il 10,2% indicano che è “causa di malattia” (M: 10,2%; F: 10,2%), l’8,2% lo connota come “rischioso e problematico” (M: 8,4%; F: 7,8%), il 6,4% delle opinioni - quelle attribuibili ai ragazzi più numerosi di quelle delle coetanee (M: 8,4%; F: 2,4%; $p<0,005$) - riconoscono che il fumo di tabacco è “cancerogeno e mortale” ed ancora il 3,4% non esita - le femmine con maggior forza dei maschi (M: 2,0%; F: 5,9%; $p<0,025$) - a ritenerlo “insalubre e tossico”.

Ottiene il 20,3% dei suffragi della comunità, quelli riconducibili alle femmine prevalgono su quelli attribuiti ai maschi (M: 18,1%; F: 24,4%; $p < 0,08$), l'opinione che fare un qualche uso del tabacco è "inutile, sciocco, stupido", enfatizzano che fumare "è disgustoso, schifoso, maleodorante, fastidioso..." il 7,3% delle opinioni raccolte (M: 8,5%; F: 5,4%), ammontano al 5,0% quelle che affermano fumare "è costoso, uno spreco di denaro" (M: 5,4%; F: 4,4%) e l'1,8% che definiscono l'evento "brutto, cattivo, amaro..." (M: 1,5%; F: 2,4%).

Un'altro 6,2% dei pareri della comunità scolastica etichetta il fumo di tabacco come una "droga, dipendenza, vizio" (M: 5,9%; F: 6,8%), lo 0,5% lo reputa "doloroso" (M: 0,8%; F: 0,0%) a fronte dello 0,4% che lo ritiene "destabilizzante" (M: 0,3 %; F: 0,5 %). Completano il novero delle opinioni negative, lo 0,3% dei pareri espressi che esortano a "non fumare" (M: 0,5%; F: 0,0 %), ai quali si affiancano lo 0,2% che consigliano di "non esagerare con il fumo" (M: 0,3%; F: 0,0%) ed altrettanti che sottolineano il fumo di tabacco è "troppo diffuso" (M: 0,3 %; F: 0,0%).

Scorrendo le "opinioni positive" (Tab. 30) si scopre che il 3,7% del totale dei suffragi definisce il fumo di tabacco "buono, profumato, gustoso, figo ..." (M: 3,1%; F: 4,9%), il 2,7% gli attribuisce "proprietà rilassanti, antistress" (M: 2,0%; F: 3,9%) e lo 0,8% afferma che il fumo è "stimolante, disinibente" (M: 1,0%; F: 0,5 %).

Opinioni positive sul fumo di tabacco	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Buono, profumato, gustoso, figo	3,1	4,9	3,7
Rilassante, antistress	2,0	3,9	2,7
Stimolante, disinibente	1,0	0,5	0,8
Salutare, fa bene, è innocuo...	1,0	1,5	1,2
Divertente, un passatempo	0,8	1,0	0,8
Non è caro, costa poco	0,3	1,0	0,7

Tab. 30 - Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, delle opinioni sul fumo di tabacco espresse dagli studenti/esse rispondenti delle Scuole Secondarie di 2° grado "BREIMACODA" coinvolti/e nella ricerca (A.S. 2018/19). ^) $p < 0,005$; °) $p < 0,025$ `) $p < 0,08$

Il fumo di tabacco è "salutare, fa bene, è innocuo..." aggrega l'1,2% delle opinioni acquisite (M: 1,0%; F: 1,5 %), lo 0,8% supportano l'idea che è "divertente, un passatempo" (M: 0,8%; F: 1,0%), un altro 0,7% sottolinea la sua economicità "non è caro, costa poco" (M: 0,3 %; F: 1,0%) e lo 0,4% gli attribuisce un effetto "destabilizzante".

Non mancano e rappresentano l'1,3% del totale dei pareri espressi sul fumo di tabacco quelli che rivelano il mancato interesse degli/le studenti/esse nei confronti del fumo (M: 1,0%; F: 2,0%) e lo 0,4% che in qualche misura condiziona il proprio parere alla "qualità del prodotto" (M: 0,3%; F: 0,5%).

Conclusioni

Così come viene descritto dalla popolazione scolastica BREIMACODA il vissuto con il fumo di tabacco documenta i luoghi, gli ambiti ed i motivi che hanno indotto gli/le adolescenti a sperimentarlo e a diventare fumatore mettendo in luce che:

=> una parte considerevole degli/le studenti/esse - quattro su dieci - è convinta della innocuità del fumo di tabacco. Questa opinione è fatta propria dagli/le sperimentatori/trici - uno/a su due - in misura più marcata rispetto ai/le coetanei/e che al momento non hanno provato a fumare - quattro su dieci - e dai fumatori - due su quattro - rispetto ai non fumatori - uno su quattro -. In ciascuna delle popolazioni considerate le ragazze convinte della innocuità del fumo di tabacco prevalgono sui compagni di scuola;

=> sono ritenuti privi di rischio dagli/le studenti/esse convinti/e della innocuità del fumo consumi tabagici medi di 2,1sig/die, opinione condivisa anche dai "non fumatori/trici". Cut off che gli/le "sperimentatori/trici" e "fumatori/trici" fissano in 2,0sig/die ed i compagni/e che non hanno sperimentato il fumo indicano in 2,2 sig/die. Per parte loro i/le fumatori/trici incoerenti reputano innocui consumi tabagici medi - 1,5sig/die - inferiori a quelli riconosciuti dai/le coetanei/e incoerenti - 2,6sig/die -. Quale che sia la popolazione esaminata i maschi si rivelano sempre più permissivi delle femmine;

=> una metà della popolazione fumatore/trice, nella quale le femmine prevalgono sui maschi, ha un comportamento tabagico incoerente e questi/e reputano innocui consumi tabagici medi - 1,5sig/die - inferiori a quelli riconosciuti dai/le coetanei/e coerenti - 2,6sig/die -.

=> il primo approccio al fumo di tabacco è avvenuto per buona parte degli/le sperimentatori/trici "in ambiente extradomestico" - otto su dieci -, solo una minoranza lo ha vissuto "a casa" - tre su dieci -. Sia "a casa" che "fuori casa" la maggioranza degli/le sperimentatori/trici ha preferito fare la prima esperienza con il fumo di tabacco "da solo/a". Il "bar" - quattro su dieci -, la "scuola" - tre su dieci -, "in giro" - uno/a su dieci - e le "feste-discoteca" sono i luoghi dove è avvenuta extramoenia la prima esperienza degli/le sperimentatori/trici con il fumo di tabacco.

=> l'occasione della sperimentazione tabagica viene ricondotta "all'incontro con gli amici" - quattro su dieci -, agli eventi socializzanti "cene e sagre, bar..." - tre su dieci -, identificata nella "ricreazione" - uno/a su dieci -, in alcune attività particolari quali "il catechismo" - uno/a su dieci -, "l'attività sportiva" - uno/a su venticinque -, oppure a condizioni di qualche sofferenza "lo stress" - uno/a su sei -, "un lutto"...-

=> **i/le giovani fumano** prevalentemente “in casa” - uno/a su due - o “al bar”, - uno su due - ambiente che i maschi - due su tre - citano più delle femmine - tre su dieci -. In entrambi i contesti i/le fumatori/trici fumano quasi esclusivamente “da solo/a”;

=> **trovano l'occasione per fumare** “sempre e ovunque” - uno/a su tre -, durante “l'incontro con gli amici” - tre su dieci -, “a scuola” - uno/a su quattro -, declinata in diversi momenti - “prima e dopo scuola, “a ricreazione”, “all'uscita” -, eventualità che interessa le femmine - tre su dieci - più dei maschi - due su dieci -;

=> **si dicono motivati/e a fumare** perché il fumo è “un passatempo, un divertimento” - uno/a su due -, è “rilassante” - quattro su dieci -, “un antistress” – uno/a su sei - che le giovani - una su cinque - citano più dei coetanei – uno/a su dieci -, o perché è “una dipendenza, un vizio, un'abitudine” – uno/a su sei -;

=> **le opinioni della comunità scolastica** sul fumo di tabacco hanno una impronta decisamente negativa - nove su dieci -; in particolare sono motivo di apprensione per la salute - quattro su dieci -, sottolineano la sua inutilità - uno/a su cinque -, parere che accomuna le studentesse - una su quattro - più dei compagni - uno/a su cinque -, l'olezzo ed il sapore disgustoso - uno/a su dieci -, il costo eccessivo – uno/a su venti – e non esitano a definirlo una dipendenza – uno/a su venti -. Non mancano i/le supporter del fumo di tabacco - uno/a su dieci - che di volta in volta ne esaltano il gusto e il profumo, le proprietà antistress, la salubrità, ...-.

Quanto detto, ci auguriamo sia motivo di una attenta riflessione da parte della Famiglia, della Scuola, delle Società sportive e Associazioni aggreganti i/le giovani - rappresenta il patrimonio culturale dal quale prendere spunto per la programmazione, l'attuazione e la valutazione della qualità degli interventi di prevenzione e promozione della salute proposti in ambiente scolastico e finalizzati a) alla riduzione delle criticità presenti nel background culturale e comportamentali degli/le adolescenti scolarizzati, b) a favorire l'adozioni di abitudini, atteggiamenti e comportamenti consapevoli, critici e responsabili che rendano gli/le studenti/esse protagonisti della propria salute.

Per Corrispondenza

Giovanni Battista Modonutti, Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste.
E- mail: modonuttigb@gmail.com>

Bibliografia

1. Tabacco. Oms: “Nel mondo 1,3 miliardi di fumatori, ma per la prima volta nella storia sono in calo i consumatori maschi”. In Italia fumano in 11 milioni. http://www.quotidianosanita.it/studie-analisi/articolo.php?articolo_id=79905
2. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, third edition. Geneva: World Health Organization; 2019
3. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable diseases burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of disease Study 2019. Vol. 397, Number 10292, 2021: 2309-2438 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7),
4. Zagà V, Gorini G., Amram DL, Gallus S, Cattaruzza MS. Epidemia o pandemia da tabacco? *Tabaccologia* 2020; 4:3-4
5. Pacifici R. 2021 www.iss.it/centro -nazionale-dipendenze -e-dopping
6. Giornata mondiale senza tabacco 2020 <http://www.ccm-network.it/pagina.jsp?id=node/2301>
7. OMS Tobacco control to improve child health and development, <https://www.who.int> >item
8. Implementing tobacco control - Health Promotion <https://www.who.int> >teams > imple
9. Pacifici R, Mastrobattista L, Palmi I. Il rapporto nazionale sul tabagismo 2020 in Italia *Tabaccologia* 4-2020: 30-31
10. Galeone M, Spizzichino L. Controllo del tabagismo in Italia: nuovi scenari e nuove sfide *Tabaccologia* 4-2020: 31-33
11. Controllo del tabacco per promuoverla salute e lo sviluppo dei bambini <https://www.epicentro.iss.it>
12. Prevenzione controllo del tabagismo – Ministero della Salute <https://www.salute.gov.it>
13. Giornata mondiale senza tabacco 2020, i dati annuali e durante il lockdown in Italia <https://www.salute.gov.it>
14. Giornata mondiale senza tabacco 2020/CCM – Network <https://www.ccm-network.it>
15. 15. Tabacco. Oms: Nel mondo 1,3 miliardi di fumatori ma per la prima volta nella storia sono in calo i consumatori maschi. In Italia fumano in 11 milioni. <https://www.quotidianosanita.it>
16. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2842734.pdf>
17. Giornata mondiale senza tabacco – 31 maggio – www.onuitalia.it <https://www.onuitalia.it>
18. GYTS La raccolta dati in Italia 2018 <https://www.epicentro.iss.it/gyts/Indagine2018>
19. Fragiaco M., Modonutti G.B. Prefazione: “Da un’idea alla nascita ed alla realizzazione di un progetto In: Prevenzione, giovani e... Come investire nella formazione scolastica per la salute. A cura di Giovanni Battista Modonutti Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa(UD), 2019: 1-10

20. http://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa//2007/prot1958_07.shtml Ultima visita 15 febbraio 2021],
21. Agresti A, Finlay B. Metodi statistici di base e avanzati per le scienze sociali. Edizione italiana a cura di Mariano Porcu, Person Italia, Milano-Torino, 2012.
22. Borra S, Di Ciaccio A. Statistica, metodologia per le scienze economiche e sociali. III ed McGraw-Hill Education (Italy) S.r.l. Milano, 2014.
23. Biggeri A., P-value “Il re e morto, viva il re!” Epidemiol Prev 2019; 43 (2-3): 120-121. Doi:10.19191/EP19.2-3. P120.045
24. Repubblica Italiana: Legge 675 del 31 dicembre 1996. Testo consolidato dal Decreto legge 26 dicembre 2001, n. 46 ed eventuali modifiche successive
25. Signorelli C. I questionari in epidemiologia. Società Editrice Universo, Roma, 1998. BIBL. Modonutti G.B. Libro,
26. Salin M. Applicazioni statistiche con SPSS versione 4.01, Mc Graw-Hill Libri Italia srl, Milano, 1992
27. Pedone R. Elementi di analisi dei dati con Excel e SPSS Per la ricerca psicologica ed educativa. Carocci Ed., Napoli, 2010.
28. Giuliani D, Dickson M.M. Analisi statistica con Excel, Apogeo Education - Maggioli Editore, Milano, 2015.
29. Faggiano F, Donato F, Barbone F. Applicazioni di Epidemiologia per la sanità Pub-blica, Centro Scientifico Editore, Torino, 2006.
30. Borra S, Di Ciaccio A. Statistica, metodologia per le scienze economiche e sociali. III ed. McGraw-Hill Education (Italy) S.r.l. Milano, 2014.
31. Biggeri A., P-value “Il re e morto, viva il re!” Epidemiol Prev 2019; 43 (2-3): 120-121. Doi:10.19191/EP19.2-3. P120.045

Alcohol and COVID-19: what you need to know



Facing the COVID-19 (new coronavirus disease) pandemic, the countries of the world must take decisive action to stop the spread of the virus. In these critical circumstances, it is essential that everyone is informed about other health risks and hazards so that they can stay safe and healthy.

The following factsheet provides important information that you should know about alcohol consumption and COVID-19. It addresses, among other things, the misinformation that is being spread through social media and other communication channels about alcohol and COVID-19.

The most important point to remember:

In no way will consumption of alcohol protect you from COVID-19 or prevent you from being infected by it

General facts about alcohol and your body



Ethyl alcohol (ethanol) is the substance in alcoholic beverages that is responsible for most of the harms that arise from their consumption, irrespective of whether it is consumed in the form of wine, beer, spirits or anything else.

Unfortunately, other toxic substances that may smell like ethanol can be added in adulterated beverages that are produced informally or illegally; or they may be present in alcoholic products that are not intended for human consumption, such as hand disinfectant. Added substances such as methanol can be fatal even in small amounts or may lead to blindness and kidney disease, among other problems. According to media reports and anecdotal sources, deaths related to the ingestion of such alcoholic products, based on the mistaken belief that they will somehow offer protection against the virus, have already occurred in some countries during the COVID-19 outbreak.

These are the general facts you should know about the consumption of alcohol and health:

- Alcohol has effects, both short-term and long-term, on **almost every single organ of your body**. Overall, the evidence suggests that there is **no "safe limit"** – in fact, the risk of damage to your health increases with each drink of alcohol consumed.
- Alcohol use, especially heavy use, **weakens the immune system** and thus reduces the ability to cope with infectious diseases.
- Alcohol, even in very small quantities, is known to **cause certain types of cancer**.
- Alcohol **alters your thoughts, judgement, decision-making and behaviour**.

- Alcohol, even in small amounts, is a **risk to the unborn child** at any time during pregnancy.
- Alcohol increases the risk, frequency and severity of **perpetration of interpersonal violence** such as intimate partner violence, sexual violence, youth violence, elder abuse, and violence against children.
- Alcohol increases the risk of death and injury from **road traffic injuries, drowning and falls**.
- Heavy use of alcohol **increases the risk of acute respiratory distress syndrome (ARDS)**, one of the most severe complications of COVID-19.

General myths about alcohol and COVID-19



Myth Consuming alcohol destroys the virus that causes COVID-19.

Fact **Consuming alcohol will not destroy the virus**, and its consumption is likely to increase the health risks if a person becomes infected with the virus. Alcohol (at a concentration of at least 60% by volume) works as a disinfectant on your skin, but it has no such effect within your system when ingested.

Myth Drinking strong alcohol kills the virus in the inhaled air.

Fact **Consumption of alcohol will not kill the virus in the inhaled air**; it will not disinfect your mouth and throat; and it will not give you any kind of protection against COVID-19.

Myth Alcohol (beer, wine, distilled spirits or herbal alcohol) stimulates immunity and resistance to the virus.

Fact **Alcohol has a deleterious effect on your immune system** and will not stimulate immunity and virus resistance.

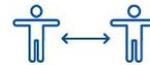
Alcohol: what to do, and what not to do, during the COVID-19 pandemic



- Avoid alcohol altogether so that you do not undermine your own immune system and health and do not risk the health of others.
- Stay sober so that you can remain vigilant, act quickly and make decisions with a clear head, for yourself and others in your family and community.
- If you drink, keep your drinking to a minimum and avoid getting intoxicated.
- Avoid alcohol as a social cue for smoking, and vice versa: people tend to smoke, or smoke more, if they drink alcohol, and smoking is associated with more complicated and dangerous progression of COVID-19. Remember, too, that indoor smoking is harmful to others in your household and should be avoided.
- Make sure that children and young people do not have access to alcohol and do not let them see you consume alcohol – be a role model.

- Discuss with children and young people the problems associated with drinking and COVID-19, such as violations of quarantine and physical distancing, which can make the pandemic worse.
- Monitor the screen time of your children (including TV), as such media are flooded with alcohol advertising and promotion; they also spread harmful misinformation that may stimulate early initiation and increased consumption of alcohol.
- Never mix alcohol with medications, even herbal or over-the-counter remedies, as this could make them less effective, or it might increase their potency to a level where they become toxic and dangerous.
- Do not consume alcohol if you take any medication acting on the central nervous system (e.g. pain killers, sleeping tablets, anti-depressants, etc), as alcohol might interfere with your liver function and cause liver failure or other serious problems.

Alcohol and physical distancing during the COVID-19 pandemic



To slow down the spread of the virus, the World Health Organization (WHO) recommends physical distancing of at least one meter from sick people as a protective measure. Bars, casinos, night clubs, restaurants and other places where people gather to consume alcohol (including in the home) increase the risk of transmission of the virus.

Physical distancing therefore reduces the availability of alcohol, so it presents a great opportunity to reduce your drinking and become healthier.

Alcohol and home isolation or quarantine



To limit the spread of COVID-19, countries have progressively introduced community-wide lockdowns and periods of quarantine for those who are suspected of having contracted the virus or have been in contact with someone infected by the virus. This means that an unprecedented number of people are now staying in their homes.

It is important to understand that alcohol poses risks to your health and safety and should therefore be avoided during periods of home isolation or quarantine.

- When working from home, adhere to your usual workplace rules and do not drink. Remember that after a lunch break you should still be in a fit state to work – and that is not possible if you are under the influence of alcohol.
- Alcohol is not a necessary part of your diet and should not be a priority on your shopping list. Avoid stockpiling alcohol at home, as this will potentially increase your alcohol consumption and the consumption of others in your household.
- Your time, money and other resources are better invested in buying healthy and nutritious food that will maintain good health and enhance your immune system response. For further ideas, take a look at the food and nutrition tips during self-quarantine issued by WHO.¹

- You might think that alcohol helps you to cope with stress, but it is not in fact a good coping mechanism, as it is known to increase the symptoms of panic and anxiety disorders, depression and other mental disorders, and the risk of family and domestic violence.
- Instead of consuming alcohol to pass your time at home, try an indoor workout. Physical activity strengthens the immune system and overall – from both a short-term and a long-term perspective – is a highly beneficial way of spending a period of quarantine.²
- Do not introduce your children or other young people to drinking and do not get intoxicated in front of them. Child abuse and neglect can be aggravated by alcohol consumption, especially in crowded housing situations where isolation from the drinker is not possible.
- Disinfectant alcohol can easily become accessible for consumption purposes in home isolation. It is important, therefore, to keep such products out of the reach of children and underage drinkers and others who may misuse them.
- Alcohol use can increase during self-isolation and both, isolation and drinking, may also increase the risk of suicide, so reducing your alcohol consumption is very important. If you have suicidal thoughts, you should call your local or national health hotlines
- Alcohol is closely associated with violence, including intimate partner violence. Men perpetrate most of the violence against women, which is worsened by their alcohol consumption, while women experiencing violence are likely to increase their alcohol use as a coping mechanism. If you are a victim of violence and are confined with the perpetrator in home isolation, you need a safety plan in case the situation escalates. This includes having a neighbour, friend, relative or shelter to go to in the event that you need to leave the house immediately. Try to reach out to supportive family members and/or friends and seek support from a hotline or local services for survivors. If you are under quarantine and need to leave the house immediately, call a local support hotline and reach out to someone you trust.

Alcohol use disorders and COVID-19



Alcohol use disorders are characterized by heavy alcohol use and loss of control over alcohol intake. Although they are among the most prevalent mental disorders globally, they are also among the most stigmatized.

People with an alcohol use disorder are at greater risk of COVID-19 not only because of the impact of alcohol on their health but also because they are more likely to experience homelessness or incarceration than other members of the population. It is therefore essential, under the current conditions, that people who need help because of their alcohol use get all the support they need.

¹Food and nutrition tips during self-quarantine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/food-and-nutrition-tips-during-self-quarantine/_recache).

²How to stay physically active during COVID-19 self-quarantine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/stay-physically-active-during-self-quarantine>).

If you, or a person close to you, have problems in relation to alcohol use, please consider the following:

- The present situation is a unique opportunity to quit drinking, or at least to cut down considerably, as various social cues and peer pressure situations, such as parties, friends' gatherings, restaurants and clubs, are (by necessity) avoidable.
- Online interventions for alcohol use disorders by professionals and mutual help groups can be less stigmatizing as they offer greater anonymity and privacy, so check out what help you can get online.
- Create a buddy and self-support system with someone you trust and reach out for extra help if needed, such as online counselling, interventions and support groups.
- Practise physical distancing, but do not socially isolate: call, text and/or write to your friends, colleagues, neighbours and relatives. Use new and creative ways of connecting to others without actual physical contact.
- Avoid alcohol cues and triggers on TV and media where there is pervasive marketing and promotion of alcohol; be careful to avoid links to social media that are sponsored by the alcohol industry.
- Try to maintain your daily routine as much as you can, focus on things that you can control and try to keep grounded – for instance, through a daily workout, hobbies or mind relaxation techniques.
- If you become infected, discuss with health personnel your alcohol consumption so that they can make the most appropriate decisions with respect to your overall health condition.

How to find reliable information and how to spot misinformation



- Seek trusted sources of information, such as WHO, national health authorities and your health professional. For updated information on COVID-19, check the WHO website³
- Always double-check the information you receive. Beware of websites and texts that use the same messages and have the same writing and overall style, as these are likely to be viral messages produced for mass distribution that are intended to mislead.
- Beware of false and misleading claims, particularly in relation to the effects of alcohol on health and immunity. Such claims should be categorically discounted as a source of health information as there is no evidence that drinking alcohol offers any protection against COVID-19 or has a positive effect on the course and outcomes of any infectious disease.
- Beware of claims made online that alcohol offers any essential benefits that you really need to have during your period of home isolation or quarantine. Alcohol is in no way a necessary component of your diet and lifestyle.

³ Coronavirus disease (COVID-19) outbreak [online information portal]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19>).

- Be aware that websites and social media posts offering online sale and home delivery of alcoholic beverages can lead to increased alcohol consumption and may easily target children.
- If you do not drink, do not let any supposed health reason or claim persuade you to start.

Finally, the key point to remember:

Under no circumstances should you drink any type of alcoholic product as a means of preventing or treating COVID-19 infection.

Acknowledgements

This document was coordinated by Carina Ferreira-Borges, Programme Manager, Alcohol, Illicit Drugs and Prison Health, under the leadership of Dr João Breda, Head of the WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, and in consultation with the Incident Management Team of the WHO Health Emergencies Programme, WHO Regional Office for Europe, and WHO headquarters, Geneva, Switzerland.

The document was prepared by Maria Neufeld, Consultant, WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, and revised by Carina Ferreira-Borges, Programme Manager, Alcohol, Illicit Drugs and Prison Health, and Maristela Monteiro, Senior Advisor Alcohol, Pan American Health Organization.

Additional inputs were received from Elena Yurasova, Technical Officer, WHO Office in the Russian Federation; Jürgen Rehm, Senior Scientist, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada; Khalid Saeed, Regional Advisor, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; Isabel Yordi Aguirre, Programme Manager, Gender and Human Rights, WHO Regional Office for Europe; Jonathon Passmore, Programme Manager, Violence and Injury Prevention, WHO Regional Office for Europe; Michael Thorn, Consultant, WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases; and Vladimir Poznyak, Coordinator, Management of Substance Abuse, WHO headquarters.

This publication was developed with financial assistance from the Government of Norway, the Government of Germany and the Government of the Russian Federation in the context of the WHO European Office for the Prevention and Control of NCDs.

ALCOL: più sai, meno rischi!

Consumare alcol NON PROTEGGE da Covid-19

L'ALCOL DISINFETTA IL CAVO ORALE? FALSO

Consumare bevande alcoliche o nebulizzarle in gola **NON** disinfetta e **NON** igienizza il cavo orale.

L'alcol danneggia la mucosa della bocca e la rende più vulnerabile alle infezioni. Un effetto igienizzante si ha con altissimi livelli di gradazione alcolica che, tuttavia, espongono la mucosa a un danno diretto, fino a causare tumori al cavo orale, alla faringe e all'esofago.

L'ALCOL È UN IMMUNOSOPPRESSORE? VERO

Il consumo di bevande alcoliche **pregiudica il sistema immunitario, riduce gli anticorpi e rende più vulnerabili alle infezioni virali**, comprese quella da Covid-19.

L'ALCOL AUMENTA LA LUCIDITÀ E I RIFLESSI? FALSO

L'assunzione di alcol, anche in piccole quantità, **riduce i riflessi e la lucidità mentale**.

L'iniziale disinibizione dovuta al suo consumo, può portare a sottovalutare e trasgredire le norme di distanziamento sociale necessarie per l'epidemia da Covid-19.

L'ALCOL È ANTIDEPRESSIVO E AIUTA A SOPPORTARE LE ATTUALI LIMITAZIONI? FALSO

L'alcol **aggrava i sintomi della depressione e aumenta l'irritabilità e l'ansia**, anche se inizialmente i suoi effetti possono essere percepiti come benefici e illuderci di vivere meglio le limitazioni imposte dal Covid-19, in realtà l'alcol va a deprimere il sistema nervoso e l'attività cerebrale con un effetto sedativo che può portare a isolarci più del necessario peggiorando i rapporti sociali.

ALCOL E FUMO: MAI INSIEME!

Consumare bevande alcoliche facilita l'assorbimento delle sostanze cancerogene contenute nel fumo di tabacco, aumenta il rischio di tumore alla bocca, all'esofago e al tratto respiratorio superiore.

In caso di malattia Covid-19, chi usa alcol e fuma rischia un decorso più grave.

nuovo coronavirus

Attenzione (anche) al...
fumo di sigaretta

Fumare nuoce gravemente la salute.
Ma nuoce di più nei tempi del COVID-19.

Studi recenti condotti in Cina indicano un aumento significativo del rischio (di almeno 3 volte) di sviluppare polmonite severa da COVID-19 in pazienti con storia di uso di tabacco rispetto a non fumatori.

Sfrutta il maggior tempo libero e la necessità di cambiamento delle abitudini giornaliere per abbandonare il consumo dei prodotti del tabacco e di nicotina.

Chiama il Numero Verde ISS contro il Fumo

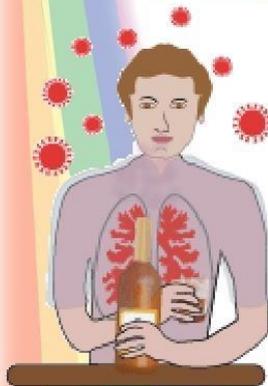
800 554088 per informazioni e sostegno nel cambiamento.



Assunzione di bevande alcoliche e COVID-19

Le cose da sapere, le *fake news* da sfatare

La situazione emergenziale che stiamo vivendo, così diversa dai contesti di vita convenzionali che la maggior parte delle persone ha condotto sino ai primi di marzo, rende necessario, e urgente, porre maggiore attenzione agli effetti negativi e pregiudizievoli per la salute delle bevande alcoliche. È inoltre fondamentale smentire con l'evidenza scientifica le *fake news* che circolano riguardo presunte proprietà benefiche dell'alcol nei confronti del virus SARS-CoV-2.



L'alcol è un immunosoppressore e favorisce le infezioni virali e polmonari

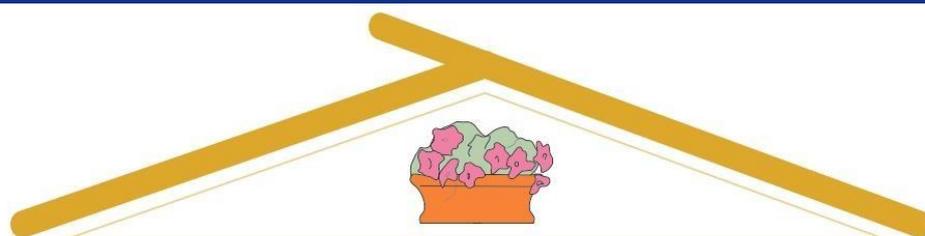
È evidenza da tempo consolidata dalla revisione sistematica della letteratura scientifica che il consumo di bevande alcoliche pregiudica il sistema immunitario e la risposta anticorpale, esponendo i consumatori a una maggiore vulnerabilità alle infezioni virali, soprattutto da virus respiratori e polmonari, categoria a cui appartiene il virus SARS-CoV-2, responsabile della COVID-19.



L'alcol non disinfetta né igienizza

Come di recente ribadito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, non esiste alcuna evidenza scientifica che un consumo moderato di vino o la nebulizzazione di superalcolici possa contribuire a una migliore igienizzazione del cavo orale e della faringe. Infatti, affinché l'alcol abbia un effetto disinfettante dovrebbe avere una gradazione di almeno 63° esponendo tuttavia la mucosa a un potenziale danno diretto, come testimoniato dal noto e diffuso effetto cancerogeno alcolcorrelato.





Il corpo femminile è più vulnerabile agli effetti negativi dell'alcol



L'organismo femminile, rispetto a quello maschile, è più vulnerabile agli effetti negativi dell'alcol. Per questo motivo, a parità di quantità di bevande alcoliche consumate, le donne sperimentano maggiori effetti negativi del bere, assorbendo rapidamente ed eliminando più lentamente gli alcolici. Ciò spiega il perché bevono, in media, meno dell'uomo. Considerando inoltre che le donne hanno una mortalità inferiore da COVID-19, è evidente quanto sia importante che mantengano al minimo il consumo di alcol. In questo modo si esporrebbero al minor rischio possibile e potrebbero anche influire positivamente sul consumo alcolico e i livelli di rischio del partner e dei conviventi. Bere meno o nulla è sicuramente meglio.



L'alcol toglie lucidità

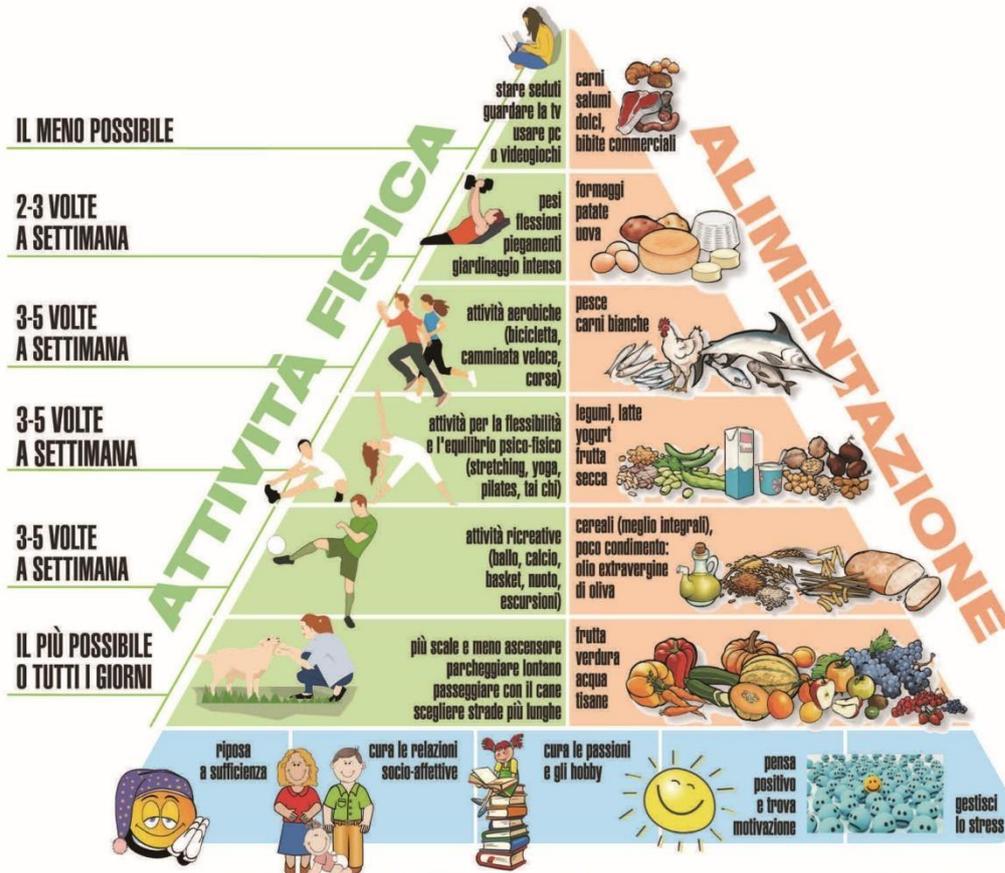
L'abuso di alcol può portare a gesti irrazionali in un momento in cui è necessario mantenere adeguati livelli di controllo e vigilanza. Bere secondo modalità inebrianti o intossicanti può portare a trasgredire alle norme di distanziamento sociale richieste per fronteggiare la situazione emergenziale che stiamo vivendo. Inoltre, in caso di intossicazione, si renderebbe necessario un intervento medico in Pronto Soccorso che, nella attuale situazione, è da evitare.

Autori: Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini e Alice Matone - Centro OMS Promozione della Salute e Ricerca sull'Alcol, Centro nazionale dipendenze e doping (ISS)



**Passo
dopo
passo
verso**

stili di vita sostenibili



APPROCCIO ALLA VITA

Vivi ecologicaMENTE...

**Piccole scelte quotidiane che fanno la differenza per noi
e per il nostro pianeta**

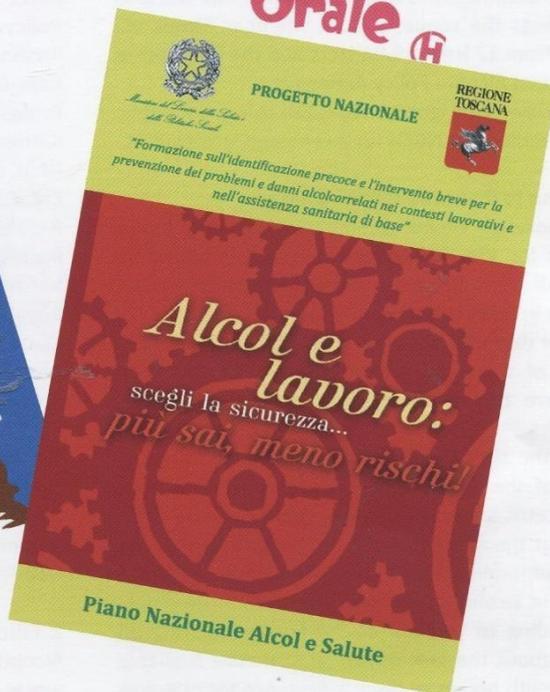
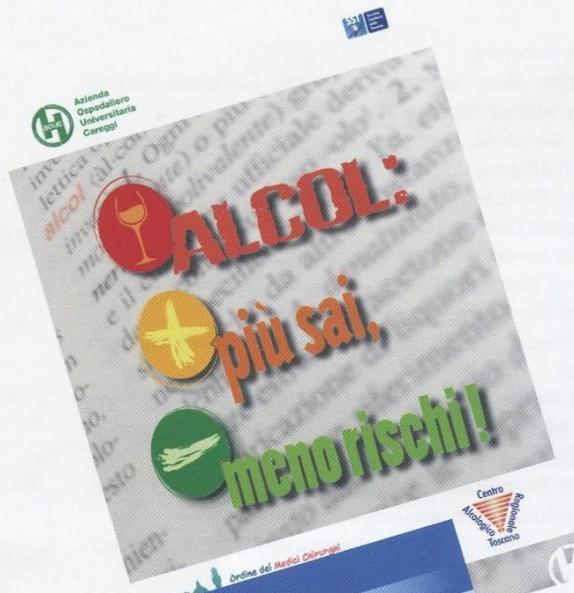


**Azienda
Ospedaliera
Universitaria
Careggi**



i/WHP/01-B marzo 2019





Alcune delle pubblicazioni realizzate e/o aggiornate negli ultimi anni dal Centro Alcolologico Regionale Toscano



DLGS ANTIFUMO #SMOKEFREE

NIENTE FUMO CON MINORI

Vietato fumare in auto se sono presenti minori e donne in gravidanza; nelle pertinenze esterne degli ospedali e degli Irccs pediatrici e nelle pertinenze esterne dei singoli reparti pediatrici, ginecologici, di ostetricia e neonatologia.

1



Ridurre il fumo passivo.

NO AROMI

Divieto di utilizzare aromi all'interno di sigarette e tabacco sfuso, perché potrebbero dare l'impressione che fumare sia meno dannoso e attirare giovani a sperimentare.

2



Rendere meno allettante fumare

MAGGIORI AVVERTENZE

Le avvertenze combinate (immagini e testo) relative alla salute dovranno coprire il 65% della superficie esterna del fronte e retro della confezione di sigarette o di tabacco da arrotolare.

3



Scoraggiare la vendita

STOP AI PACCHETTI DA 10

Stop ai pacchetti da 10 e alle mini confezioni di tabacco per rendere meno facile l'acquisto ai giovani.

4



Scoraggiare l'acquisto

NO MOZZICONI A TERRA

Vietato gettare mozziconi ed altri piccoli rifiuti a terra.

5



Proteggere l'ambiente e il pianeta



CENTRO DI DOCUMENTAZIONE INFORMALCOL

Il centro di documentazione Informalcol è un'interfaccia di mediazione tra l'informazione e gli operatori delle équipes alcoliche in Toscana.

Il centro ha una collezione di documenti specializzata sui temi connessi ai problemi alcolcorrelati e alla complessità della vita.

Il centro è attivo dal 2001 e supporta le funzioni attribuite al Centro Alcológico Regionale Toscano (CART) come il miglioramento delle conoscenze, la ricerca epidemiologica, clinica e biologica, la prevenzione e la formazione.

Il primo nucleo documentario che ha dato vita ad Informalcol è stata la collezione personale di Andrea Devoto, psicologo e psichiatra fiorentino, scomparso nel 1994.

La documentazione privilegiava i temi dei gruppi di auto-mutuo aiuto (formati da persone che condividono lo stesso problema o perseguono identici obiettivi e si sostengono reciprocamente) e di quello che all'epoca veniva definito *alcolismo*, ma negli ultimi anni ha assunto una visione più ampia, verso la promozione della salute, gli stili di vita (fumo, alimentazione, il gioco d'azzardo, ecc.) e gli stili di relazione.

INFORMALCOL si trova presso il CAR Toscano
Via Ippocrate, Padiglione 13B, - Clinica Medica- Careggi, Largo Brambilla,
3 50134 Firenze FI
Tel. 055 794 9650

<https://www.facebook.com/CentroAlcológicoRegionale/>
Sito <https://www2.aou-careggi.toscana.it/cart/>