

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 Associazione Solidarietà Arcobaleno - Istituto Andrea Devoto ODV

Editor-in-chief: Valentino Patussi

Deputy editor-in-chief: Donatello Cirone

Assistant Editors

Fabio Caputo, Emanuele Scafato, Gianni Testino

Advisory Board

Martina Cianti (Centro Alcológico Regione Toscana)

Chiara Cresci (SOD Alcológica AOU Careggi)

Franco Marcomini (Eurocare Italia)

Andrea Quartini (SOD Alcológica AOU Careggi)

Maria 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, Guido Mannaioni, 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, Maria Raffaella Rossin, Maria Teresa Salerno, Bruno Scutteri, 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, Dino Lombardi, Mario Lupi, Antonella Manfredi, Henry Margaron, Milo Meini, Daniela Monali, Donatella Paffi, Patrizia Panti, Mario Pellegrini, Ellena Pioli, Lamberto Scali, Graziella Soluri, Maura Tedici, Paola Trotta, Tommaso Vannucchi, Maurizio Varese.

INDICE

Franco Marcomini	7
ALCOLOGIA, FRATERNI PENSIERI ECOLOGICI	
Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Emanuele Scafato	17
L'AUMENTO DEI CONSUMATORI A RISCHIO DURANTE LA PANDEMIA	
Silvia Ghirini, Alice Matone, Claudia Gandin, Emanuele Scafato	26
L'AUMENTO DEI CONSUMATORI DANNOSI DI ALCOL REGISTRATO TRA IL 2019 E IL 2020	
Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone, Emanuele Scafato	36
IL MONITORAGGIO DELL'ALCOLDIPENDENZA E DEI DISTURBI DA USO DI ALCOL IN ITALIA	
Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone, Emanuele Scafato	46
GLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO E LE DIMISSIONI OSPEDALIERE IN SOGGETTI CON DISTURBI DA USO DI ALCOL: L'IMPORTANZA DELL'AGGANCIAMENTO IN PRONTO SOCCORSO E DELLE COLLABORAZIONI TRA OSPEDALE E TERRITORIO	
Silvia Formentin, Alessia Grigolin, Mascia Ortolan, Serena Vicario, Giancarlo Zecchinato, Salvatore Lobello	57
L'AVVIO DI UN NUOVO GRUPPO TERAPEUTICO PER GIOVANI IN RELAZIONE PROBLEMATICA CON L'ALCOL: LA REALIZZAZIONE DI UN EVENTO INAUGURALE ALLE ORIGINI DELLO SPAZIO MENTE-GRUPPO	
Patrizia Balbinot, Gianni Testino	71
ALCOL, FUMO, CANNABIS, NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE, FARMACI NON PRESCRITTI E ALTRI PARAMETRI IN UNA POPOLAZIONE STUDENTESCA DELL'AREA METROPOLITANA GENOVESE.	
Mauro Semenzato, Stefano Canali, Cristian Chiamulera, Ina Hinnenthal, Mauro Cibin	86
L'IMPULSIVITÀ COME DIMENSIONE DELL'ADDICTION. FOCUS SUI DISTURBI DA USO DI ALCOL	
Francesco Traccis, Roberta Agabio	106
INTERAZIONI TRA ALCOL E FARMACI: REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA E META-ANALISI	

Lucia Coco	115
IL MODELLO DELLA TERAPIA DI COPPIA FOCALIZZATA SULLE EMOZIONI APPLICATA AL TRATTAMENTO DELLE COPPIE CON UNA PROBLEMATICHE DI DGA	
Sara Ceccatelli, Fiammetta Cosci	120
IL BENESSERE PSICOLOGICO IN FIGLI DI GENITORI CON DISTURBO DA USO DI ALCOL	
Ginetta Fusi, Maria Anna Donati, Caterina Primi, Adriana Iozzi, Claudia Prestano	127
L'EFFICACIA DELL'INTERVENTO COGNITIVO ALL'INTERNO DEI GRUPPI PSICOEDUCATIVO-MOTIVAZIONALI PER IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO	
Giovanni Battista Modonutti, Fulvio Costantinides	137
IL VISSUTO CON IL FUMO DI TABACCO DEGLI/LLE ADOLESCENTI ALL'INIZIO DEL PERCORSO DIDATTICO NELLA SCUOLA SECONDARIA DI 2° GRADO IN PROVINCIA DI GORIZIA (ANNO 2019)	
Documento SIA	157
DOCUMENTO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA: ANALISI DELLE PRINCIPALI TEMATICHE AFFRONTATE NELLA SECONDA CONFERENZA NAZIONALE ALCOL	

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).

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.



23 settembre 2022

Giornata del Respiro

LA CURA DELL'AMBIENTE È LA CURA DEL RESPIRO

In occasione della Giornata del Respiro, presso l'entrata del NIC, saranno a disposizione della cittadinanza operatori sanitari della AOUC che spiegheranno l'importanza della Respirazione e degli Stili di Vita per mantenersi in salute.

Verranno offerti gratuitamente:

CONSIGLI MEDICI SUI CORRETTI STILI DI VITA

PRESSIONE ARTERIOSA

SPIROMETRIA SEMPLICE

MISURAZIONE PESO CORPOREO

MISURAZIONE MONOSSIDO DI CARBONIO

Sarà presente anche un operatore per un'esperienza di consapevolezza del respiro.

Franco Marcomini, Servitore Insegnante di club di ecologia sociale antropospirituale, Medico specialista in sanità pubblica, psicoterapeuta sistemico.

ALCOLOGIA, FRATERNI PENSIERI ECOLOGICI

Può, il batter d'ali di una farfalla in Brasile, provocare un tornado in Texas?

Titolo di una conferenza di Edward Lorenz tenuta nel 1972

Quale struttura connette il granchio con l'aragosta, l'orchidea con la primula e tutti e quattro con me? E me con voi? E tutti e sei noi con l'ameba da una parte e con lo schizofrenico dall'altra?

Gregory Bateson, *Mente e natura*

Nel pronome "noi" comprendevo, naturalmente, la stella di mare e la foresta di sequoie, l'uovo in corso di segmentazione e il Senato degli Stati Uniti.

Gregory Bateson, *Mente e natura*

Riannodare i fili di un discorso smarrito, ritrovare un pensiero che si è inabissato in un percorso carsico pronto a riemergere dopo aver fatto verdeggiare la superficie. Quel discorso e quel pensiero sono le cifre di intuizioni che hanno caratterizzato e possono far risorgere una cultura che investe sul bene comune e libera i saperi dai confinamenti specialistici, rendendo porosi i passaggi disciplinari. Le crisi della contemporaneità svelano la necessità urgente di abitare la complessità come luogo autentico di una fraternità che nell'essere nuova si rende feconda nel generare connessioni tra i saperi tra gli ambiti della ricerca e tra le pratiche di cura. L'alcologia, in questo, resta terreno fertile ed emblematico di una sfida inesauribile, che ci porta ad osare con rigosità e creatività un salto epistemologico che fin dagli inizi l'alcologia stessa ha saputo interpretare con spirito pionieristico ed innovativo.

Alcologia, una parola densa di significati, un contenitore semantico, un discorso che si apre alla complessità a partire da un frammento, il comportamento di consumo di bevande alcoliche. Una parola che riassume in sé un *logos*, un discorso che svela i nostri paradigmi interpretativi dell'esistenza, una visione, un'epistemologia che orienta e definisce le nostre scelte e le nostre azioni. L'alcologia è anche analogica e ci proietta verso rivisitazioni radicali del nostro modo di interpretare la multidimensionalità della sofferenza umana, con uno sguardo umanistico e scientifico allo stesso tempo. Una scienza autenticamente fondata sul dubbio ed espressa in prima persona, che supera lo sguardo oggettivante e distaccato che disconosce l'interferenza, inevitabile, dell'osservatore sull' "oggetto" osservato. Interferenza che si traduce in un circuito ricorsivo e trasformativo, aperto alla trasformazione co-evolutiva ed ecosistemica nella quale non trovano spazio etichettamenti e stigmatizzazioni identitarie. L'alcologia

apre alla contraddizione ed all'ambivalenza, alla irriducibilità ad un paradigma semplificato che eluda la complessità. Per questa ragione si costituisce, fin dagli albori, come campo aperto dalle molteplici porte e vie di accesso. Non un luogo fortificato e chiuso, ma una realtà comunitaria ed evolutiva, che non ha dimora precisa, ma vive intensamente radicata nei percorsi comunitari. Tuttavia, oggi l'alcologia diventa oggetto di interesse da inglobare in ordini disciplinari e modelli organizzativi che spesso riflettono riduzionismi interpretativi, con relative pratiche, diametralmente opposti rispetto ad una prospettiva radicata nei concetti di One Health e Global Health.

Le domande che vengono formulate riguardano un tentativo, a mio parere obsoleto sia culturalmente che scientificamente:

1. l'alcologia deve essere inclusa nel dipartimento dipendenze patologiche o altro che si vogliono definire?
2. La psichiatria, nella sua forma istituzionale, è il luogo strutturale, l'ambito disciplinare nel quale l'alcologia deve essere collocata?
3. È auspicabile raggiungere accordi nella diversità per tutelare l'attuale assetto istituzionale, largamente frammentato, che garantisca una sorta di autonomia e convivenza tra alcologia e "dipendenze", anche a costo di un compromesso al ribasso?

Sono solo alcune delle domande formulabili e da sviluppare nell'attuale assetto istituzionale, che mette in risalto la fragilità del sistema di assistenza primaria territoriale sia in termini di cura che di promozione della salute. La recente indicazione di investimenti finalizzati alla realizzazione delle Case di Comunità, all'interno del PNRR, rappresenta un'occasione per rendere feconda l'esperienza algologica degli ultimi quarant'anni, con le sue forme di creatività organizzativa, non solo istituzionale, ma anche, e soprattutto, di cooperazione partecipativa comunitaria. Ci troviamo di fronte ad una transizione epocale del modello di sviluppo a tutti i livelli dell'organizzazione della vita comunitaria, con forte spinta verso una transizione ecologica che attraversa tutti gli ambiti del mondo della tutela e promozione della salute, in una prospettiva globale che armonizzi i saperi, le scienze e le culture. Una prospettiva che renda porosi i confini tra le discipline specialistiche, garantendo precisione puntuale ed apertura alla complessità implicita nella multidimensionalità dell'esistenza, con le sue potenzialità e le sue sofferenze. La storia dell'alcologia nel nostro paese è la storia evolutiva del paradigma della complessità che attraversa le discipline, transdisciplinarietà. Una storia non riducibile allo specialismo parcellizzato negli stretti ambiti confinati del riduzionismo, che si fa pratica etichettante e "stabilizzante".

L'alcologia si dispiega nel volo libero e nelle traiettorie che metaforicamente vanno dal prosecco al microbiota [1].

Quel volo libero incontra correnti perturbanti che ci riportano al discorso carsico e al riapparire di due questioni pratiche ed epistemologiche allo stesso tempo, sintetizzate emblematicamente da questi due

passaggi che intercettano psichiatria e alcolismo come luogo del diversamente altro da sé, del superamento e del passaggio epistemologico.

“Oggi il tema della psichiatria è altro, è la malattia. Sorgerà pian piano forse solo ad alcuni un dubbio, come un tarlo: e se quello fosse ancora il luogo tematico del praticamente vero e quest’altro, della malattia, il luogo ideologico del travisamento, lo specchietto per le allodole dove si è di nuovo smarrito il filo delle questioni? Da che sorge il ragionevole dubbio per il quale la nostra stessa vita si scioglie pure nella questione del lavoro, dello star dentro e del venire fuori, della quotidiana dialettica dei poteri, del senso/non-senso singolare/plurale dell’essere ogni giorno, della quotidiana economia delle cose, del discrimine, del pregiudizio, della notte insonne: forse allora qui si parla anche di noi. Ora. Si ragiona se quella fosse psichiatria critica, non psichiatria, critica della psichiatria, antipsichiatria o nuova psichiatria. Non si riuscì mai bene a stabilirlo. Sorge il ragionevole dubbio per il quale l’unica psichiatria accettabile non possa che essere altro dalla psichiatria. Cos’altro?” [2].

“La ‘logica’ dell’alcolismo ha sconcertato gli psichiatri non meno della ‘logica’ dello strenuo regime spirituale con cui l’organizzazione Alcoholics Anonymous è in grado di contrastarlo. In questo saggio si fanno le ipotesi seguenti:

- 1. che dalla cibernetica e dalla teoria dei sistemi debba scaturire un’epistemologia del tutto nuova, che conduca a una nuova visione della mente, dell’io, dei rapporti umani e del potere;*
- 2. che l’alcolizzato, quando è sobrio, agisca in termini di un’epistemologia che, per quanto accettata nella cultura occidentale, non è accettabile per la teoria dei sistemi;*
- 3. che il cedere all’intossicazione da alcol rappresenti una scorciatoia parziale e soggettiva verso uno stato mentale più corretto;*
- 4. che la teologia dell’Alcoholics Anonymous coincida strettamente con un’epistemologia della cibernetica.” [3]*

Tra voli liberi e risorgenze carsiche, l’alcologia nelle pratiche e nella ricerca scientifica si fa cultura generativa di una fraternità nuova. Di una fraternità nuova che riassume in sé scienza ed esperienza, mantenendo come punto di riferimento l’alcologia in una prospettiva soggettiva e costantemente sconfinante, nella quale incontriamo contraddizioni e ricerca di nuovi linguaggi, che ci portino in persistenti metamorfosi trasformatrice, evolutive ed ecologiche. Quante volte osserviamo il prevalere di una conservazione statica, una sorta di trattenimento nello spazio e nel tempo in nome della inconsapevole paura dell’ignoto. Siamo spesso indisponibili a lasciarci andare al mistero. Faticiamo ad agire serenamente impotenti e fiduciosi, aperti alla gioia della contemplazione condivisa di fronte al sorgere del nuovo e dello sconosciuto. L’ignoto, il luogo autentico della pratica scientifica, si manifesta anche in ciò che pensavamo di conoscere in modo definitivo. Le pratiche professionali ‘stabilizzano’ i ‘pazienti’ o li riconsegnano, con soddisfazione dei parenti e degli amici, ad una presunzione di normalità collocata nel passato dell’esistenza del ‘deviante’. Le persone che pretendono di aiutare il prossimo sofferente, spesso disturbante consegnano a mani esperte la possibilità di un ritorno ad un passato

dipinto con i toni della quieta 'normalità'. In tal modo si sottraggono a qualsiasi forma di messa in discussione di sé stessi, a partire dalla considerazione presuntuosa e negazionista di non contenere in sé stessi domande problematiche. Tutto ciò che è nuovo genera diffidenza e senso di insicurezza, il vecchio consolidato rassicura ed annoia. Le due condizioni, paura del nuovo ed attaccamento al vecchio, non sono separabili, convivono nella nostra coscienza individuale e collettiva.

Nelle comunità alle quali apparteniamo, nelle relazioni che ci caratterizzano, in primis quelle familiari, in noi stessi, appare una tendenza al conformismo paralizzante anche quando ci si ritiene ribelli o rivoluzionari. Nello stesso tempo sentiamo difficile e fastidiosa la perseveranza, virtù sempre più rarefatta (nel tempo del tutto cambi perché, o purché, nulla cambi). La perseveranza non è fine a sé stessa, ma appartiene al principio di crescita e maturazione, che richiede, a sua volta, una costante discontinuità nella continuità, donandoci la capacità di vivere lo stupore, senza il quale tutto risulta incolore e mortificato. Ma lo stupore non sta nell'ordine delle cose, ma nella nostra capacità di coglierlo in tutta la sua stranezza e nell'apparente ripetersi dello stesso. Lo stupore è nella molteplicità delle infinite connessioni possibili tra gli elementi, che ci permettono di narrare storie nuove, di dispiegare orizzonti di senso in nuove trame di connessione tra gli elementi. Il richiamo al nuovo è dunque una necessità cogente per trovare lo slancio liberatorio che ci possa permettere di rileggere ed affrontare le crisi della contemporaneità (economico-finanziaria, sanitaria, ambientale, climatica, geopolitica) con spirito vitale, non rassegnato o intimorito, ricco di creatività sensibile alle ragioni dell'ecologia profonda, la cui logica sovrintende gli equilibri cosmici, fino all'intimità delle relazioni interpersonali.

Le crisi di questi ultimi tre decenni hanno scosso alle radici il nostro modo di vivere e pensare, la nostra cultura, la nostra spiritualità antropologica. La persistenza di antichi problemi ed ataviche contraddizioni è messa in evidenza ed illuminata dalla luce che penetra attraverso le fenditure delle crisi. Stiamo parlando del comportamento umano, sempre teso verso il raggiungimento del benessere e della felicità ed allo stesso tempo sedotto dall'egocentrismo che mortifica, annichilisce, atrofizza la dimensione etica (il dovuto verso l'altro). La tensione verso la gioia, anche quando persiste la sofferenza ed il dolore, trova luogo nella delicata fragilità della relazione, fondante e caratterizzante il nostro esserci nel mondo. Ma le crisi hanno messo in evidenza anche la presenza di un granitico ordine costituito, che non intende aprirsi ad una visione nuova, ma che cerca di cementificare le fenditure che fanno penetrare la luce. Stiamo vivendo una forma di totalizzante verità assoluta, espressa nella frase "lo dice la scienza", mediaticamente pervadente. Sembra nascere una nuova religione, una idolatria antropica che genera un dio a propria immagine e somiglianza e riempie le vite di regole e regolamenti. La forma e la legge diventano l'assoluto, senza svelare la visione. Quella che prevale oggi è una visione meccanica, riduzionista, per un corpo macchina senza spirito.

Una "fraternità nuova" non può eludere una spiritualità antropologica che si fonda sull'umiltà del dubbio e sulla perseveranza, in un apprendimento senza limiti di tempo e senza pretese di verità assolute. Oggi prevale una morale senza visione, assoluta e giudicante, subordinata al potere della tecno-scienza, che non accetta di essere ricondotta alla parzialità, inevitabile, di una visione. L'ecologia sociale

antropospirituale è una visione antropologica che nell' "alcolismo" e nei tentativi di curarlo esprime una formidabile forza emblematica, come scrive Gregory Bateson nella citazione sopra riportata.

L'ipotesi batesoniana, che vede una contemporaneità storica con la nascita dei Club, è parallela in termini di visione sistemica ed ecologica, con lo svilupparsi dei programmi proposti dal prof. Hudolin, a partire dall'esperienza dei Club e dei relativi programmi, iniziata nel 1964 (il mio è ovviamente un punto di vista parziale che nasce da una esperienza e da una ricerca in prima persona). Si tratta di una armonizzazione tra teorie e pratiche che individuano nel consumo di bevande alcoliche un'esperienza ineludibile per svelare le contraddizioni della nostra cultura e le potenzialità evolutive di una visione antitetica alla cultura dominante. Ricordiamo che il primo obiettivo dei Club non è certamente la riabilitazione degli alcolisti, ma il cambiamento della cultura sociale, sanitaria e generale dominante ed emblematicamente espressa dalla questione alcologica.

In questi tempi di crisi (ma si è mai conosciuto un tempo senza crisi? ci si è forse illusi di un tempo vissuto nella perfezione armoniosa delle relazioni ed in pace, senza turbamenti? quanta retorica di un passato mitico coltiviamo nella nostra memoria selettiva? quanta disastrologia paralizzante siamo in grado di produrre, giustificando il nostro immobilismo?) gli umori instabili sembrano crescere tra paura ed angoscia all'apparire delle vicende planetarie, che dicono il dolore di Nostra Madre Terra, ferita e violentata. Tutti la dovremmo abitare da ospiti e stranieri accolti, senza padroneggiare e possedere a nostro uso e consumo. Tutti dovremmo obbedire alla Legge dell'Amore, che tutto governa ed armonizza senza mai possedere ed alla quale umilmente apparteniamo. Volgiamo lo sguardo là dove ci indica il Poeta: *"l'amor che move il sole e l'altre stelle"* [4]. Due lettere encicliche di Papa Francesco giganteggiano, indipendentemente dal ritenerci credenti in qualsiasi fede o non credenti. Giganteggiano perché donano una chiave di lettura di ecologia profonda e di fraternità universale di fronte all'evidenza della multidimensionalità della sofferenza umana ed al disagio spirituale.

Quando il prof. Hudolin introdusse la parola spiritualità nel programma dei Club l'accettazione non fu unanime. La reazione può essere così tripartita:

1. Una parte accolse con entusiasmo l'introduzione di questa parola in quanto foriera di suggestioni emotive e di richiami più o meno espliciti alla dimensione religiosa. Venne e viene sentita come una salutare evocazione degli aspetti immateriali dell'esistenza, non certamente immaginando di contribuire al dualismo tra corpo e spirito. Per alcuni fu anche un modo per enfatizzare una distanza radicale rispetto alle pratiche professionali e alla dimensione scientifica e culturale di lettura ecologico-sociale antropospirituale della multidimensionalità della sofferenza umana. La spiritualità è bella, gioiosa, fa cantare e danzare, fa emozionare, apre all'immaterialità dell'empatia.

2. Una parte la respinse come un vulnus, un'offesa, nei confronti della serietà scientifica e professionale dell'approccio ecologico sociale. Fu sentita con fastidio e come elemento confusivo relativamente ad un sistema di cura largamente istituzionalizzato, che non può permettersi di fare riferimento all'immaterialità. Con quali strumenti si misura la spiritualità? Che rapporto può avere la spiritualità con la concretezza di un sistema sanitario che deve dimostrarsi efficiente e ottemperare ai vincoli economici,

salvo relegare la spiritualità in una gratuità squalificante? È possibile costruire carriere sulla spiritualità? Presentarsi in un contesto congressuale professionale con questa parola non significa alla fine essere messi ai margini, perché non rispondenti nelle proprie pratiche ai criteri di valutazione dell'oggettività scientifica?

3. Una parte infine è rimasta del tutto indifferente, eludendola in virtù della propria scelta laica, indipendente dall'essere credenti o non credenti, che non nega che qualcuno possa avere una spiritualità, ma che non sente come proprio patrimonio e quindi consegna la spiritualità nei Club ai praticanti di riti religiosi o spiritualisti. In questa terza categoria vi è anche una parte del mondo professionale che ha saputo esprimere la propria indifferenza attraverso l'ignavia di chi non è né pro né contro la spiritualità. La considera semplicemente una parola pressoché inutile, ma che può abbellire la retorica del discorso.

Hudolin con la spiritualità introduce una prospettiva evolutiva nel sistema dei Club e, senza introdurre una dissertazione filosofica o epistemologica, di fatto stabilisce una ricomposizione tra mente e corpo, tra materia e spirito, assegnando alla spiritualità la funzione di elemento unificante che all'inizio dei programmi definì approccio bio-psico-sociale. La spiritualità riguarda infatti l'inscindibile rapporto tra mente, corpo ed ambiente, ben sintetizzato nel concetto di *embodied mind*, di mente incorporata [5].

Questo non rappresenta un'astrazione teorica, ma l'essenza stessa di una pratica che ricompone anche l'apporto tra pensiero e azione. La spiritualità non riguarda solo l'homo sapiens, ma l'intera questione della Vita su questo pianeta e lo stesso equilibrio cosmico. Spiritualità pertanto è concretezza, pensiero, azione e visione, attraverso una incessante danza di connessione tra le parti. È concretezza a partire dal *logos* dell'*antropos*.

La parola antropologico non è il richiamo ad un ambito disciplinare specifico, l'antropologia, che comunque viene inclusa nell'approccio ecologico sociale antropospirituale, ma rappresenta l'insuperabile parzialità della visione umana, relativamente alla questione ecologica. Non possiamo avere una visione ecologica assoluta in quanto siamo semplicemente dei rappresentati parziali e ultimi arrivati nell'evoluzione della Vita su questo pianeta. Abbiamo ricevuto il dono o la grazia della coscienza, della ragione, della consapevolezza, ma per quanto siano elementi di estrema ricchezza evolutiva rappresentano comunque un limite, che non può esaurire le domande fondamentali della Vita. Attraverso la nostra presunzione di interpretare l'intero creato ci siamo permessi di considerarci creatori, a volte generando anche un dio a nostra immagine e somiglianza, un dio antropomorfo al quale far dire e giustificare tutto quello che noi facciamo, un dio da comandare anziché da obbedire. In questo modo abbiamo forgiato una nuova epoca geologica, che è stata definita antropocene e che sta producendo dei rischi incalcolabili rispetto alla sopravvivenza della Vita su questo pianeta. Molte delle nostre angosce e paure attuali riguardano la catastrofe climatica, il surriscaldamento del pianeta, la deforestazione, lo scioglimento dei ghiacciai, il sollevamento dei mari. Molta della nostra paura, consapevole o inconsapevole, è in funzione della prospettiva di estinzione della nostra specie. Forse non ci siamo resi

conto che probabilmente prima o poi ci estingueremo, ma la Vita che è stata prima di noi sarà anche dopo di noi, continuerà ad esserci. L'introduzione della parola antropologico da parte di Hudolin rappresenta la sottolineatura della necessaria umiltà del nostro punto di vista. Questo significa che noi non possiamo riassumere in noi stessi il punto di vista di tutti gli altri viventi di questo pianeta. Tuttavia, dobbiamo essere fedeli al nostro punto di vista, dando il nostro contributo parziale ad una Vita che richiede costante ricerca della sobrietà e dell'armonia. L'homo sapiens fatica ad essere sobrio in quanto tende ad una posizione antropocentrica ed egocentrica. Infatti, molta parte dell'ecologia antropica si riduce a mero ambientalismo. L'umano fatica ad accedere all'ecologia profonda, in traducibile nella sola razionalità umana, ma persistente nel processo evolutivo che alterna catastrofi e insorgenza di bellezze impensabili. Tradotto nella nostra vita quotidiana, significa avere uguale rispetto per la nostra umile opinione parziale e per la inevitabile e feconda diversità del punto di vista del prossimo. Il risultato può essere un conflitto, che non deve mai tradursi in violenza e dominio, ma aprire un dialogo di costante evoluzione dei punti di vista, nella logica della biodiversità.

Hudolin opera una sintesi tra spiritualità ed antropologia e parla di antropospiritualità. Una sintesi necessaria per poter affrontare la multidimensionalità della sofferenza umana a partire dalla costante ricerca del superamento del desiderio del controllo unilaterale e dell'illusorio principio del potere. Nello specifico della questione alcolica, ritorniamo al saggio di Gregory Bateson, che coglie la centralità del rapporto tra sobrietà ed intossicazione: *"il cedere all'intossicazione da alcol rappresenta una scorciatoia parziale e soggettiva verso uno stato mentale più corretto"*. In questo modo viene rovesciato il modello culturale prevalente, che enfatizza il necessario stato di astinenza dell'alcolista e la virtuosa moderazione del bevitore 'normale e controllato'. Entrambi sono accomunati dall'idea del controllo come matrice della normalità, che in realtà è generatrice delle forme più patologiche dell'esistenza, compresa la guerra. L'alcolista, paradossalmente, attraverso lo stato di intossicazione, la ricaduta, svela l'inconsistenza dell'idea di controllo alla quale è richiamato sia dal mondo professionale, sia da quanti abbiano con lui una relazione affettiva. Nella ricaduta si svela, inconsapevolmente, che ad essere errata è l'idea del controllo. Per questa ragione Hudolin eliminò la parola astinenza e la sostituì con la parola sobrietà, che è tensione verso uno stato mentale più corretto, forse irraggiungibile, trasformando la ricaduta da fallimento ad apprendimento per tutto il sistema relazionale. Tutto questo non riguarda soltanto il rapporto tra gli esseri umani e l'alcol, ma deve essere esteso a tutte le forme di comportamento impropriamente definite devianti e a tutti gli stati mentali impropriamente definiti patologici. Il superamento dell'idea unilaterale del controllo e del potere apre alla prospettiva antropospirituale, che si fonda sulla relazione co-evolutiva e responsabile, basata sull'idea di connessioni.

Tale prospettiva riguarda sia il mondo delle professioni che la dimensione della cittadinanza attiva e competente.

Qual è la posizione del mondo intellettuale e professionale nei confronti della spiritualità antropologica?

Qual è la posizione della cittadinanza nei confronti delle aspettative, quando si trova di fronte alla

multidimensionalità della sofferenza umana, tra la seduzione della delega e l'assunzione di una responsabilità competente e collaborante?

Relativamente alla posizione del mondo professionale ed intellettuale, quel mondo che negli ultimi due anni ci siamo abituati a rappresentare attraverso i parametri della scienza e della tecnica, dobbiamo prima di tutto focalizzare a quale mandato risponde. A tale proposito richiamiamo un passaggio iniziale di quello che considero un testo fondamentale della psichiatria de-istituzionalizzante e con vocazione liberante della seconda metà del '900 e dal titolo significativo e molto attuale "Crimini di pace", a cura di Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia, che propone un passaggio di un testo di Antonio Gramsci del 1930: *«Gli intellettuali sono i 'commessi' del gruppo dominante per l'esercizio delle funzioni subalterne dell'egemonia sociale e del governo politico, cioè:*

1) del consenso 'spontaneo' dato dalle grandi masse della popolazione all'indirizzo impresso alla vita sociale dal gruppo fondamentale dominante, consenso che nasce storicamente' dal prestigio (e quindi dalla fiducia) derivante al gruppo dominante dalla sua posizione e dalla sua funzione nel mondo della produzione;

2) dell'apparato di coercizione statale che assicura 'legalmente' la disciplina di quei gruppi che non 'consentono' né attivamente né passivamente, ma è costituito per tutta la società in previsione dei momenti di crisi nel comando e nella direzione in cui il consenso spontaneo vien meno».

Propongo questo testo per la sua attualità e per il suo valore emblematico di esperienza in prima persona e allo stesso tempo di discorso radicale che attraversa le epoche e si sostanzia nel processo di liberazione delle masse popolari, non guidate dagli intellettuali ma insieme agli intellettuali, attraverso un modello organizzativo che, nel rendere il popolo sempre più culturalmente competente, lo ha reso meno predisposto all'assoggettamento e più libero. Faccio presente che il testo Crimini di pace ha rappresentato e rappresenta un punto di vista fondamentale e critico rispetto all'egemonia psichiatrizzante e medicalizzante, tuttora in corso, nei confronti della multidimensionalità della sofferenza umana, del disagio spirituale e mentale. Tale egemonia culturale e tecno-scientifica può essere superata solo attraverso un radicale cambiamento di prospettiva della cultura generale attualmente dominante e dei sistemi di cura e quindi del ruolo dei professionisti, degli scienziati e degli intellettuali. Introduco questa argomentazione con titubanza e convinzione, così come si evince dalla lettura della introduzione a Crimini di Pace, della quale riporto un breve passaggio:

“La scelta dei coautori può apparire, a prima vista, determinata da un criterio elitario, trattandosi per lo più di noti esponenti della cultura internazionale. Di fatto, essi possono ritenersi tra le persone più rappresentative dei movimenti che attualmente tendono alla trasformazione della cultura e dell'organizzazione sociale di cui essa è espressione, attraverso l'approfondimento pratico-teorico della funzione delle diverse ideologie scientifiche, fino a risalire, come matrice unica, alla funzione dell'ideologia quale strumento di conservazione del nostro sistema sociale. Pur consapevoli del rischio intellettualistico implicito nella presentazione di una serie di analisi sull'intellettuale visto dall'intellettuale,

si è tentato di raccogliere delle documentazioni finalizzate alla ricerca di un'alternativa pratica per il tecnico che, presa coscienza del suo ruolo di "funzionario del consenso", voglia svelare praticamente, nel proprio settore specifico, i modi e i processi attraverso i quali tale consenso viene ottenuto e strumentalizzato dalla classe egemone a danno della classe oppressa."

Allo stesso modo si può porre oggi la questione del ruolo del mondo professionale nell'esperienza alcolica ed in particolare nel lavoro dei club. Di fronte alla proposta di una prospettiva antropospirituale i professionisti sono invitati a trarre le conseguenze teoriche e pratiche del loro agire, sottraendosi al rinnovato invito di esercitare una funzione di controllo sociale e condividendo con ogni persona sofferente una prospettiva liberante rispetto ai molteplici meccanismi di oppressione sociale e culturale. Questo richiede a chiunque eserciti una funzione professionale di dedicarsi ad una ricerca anche tecnica e scientifica che sia autenticamente liberata da qualsiasi prospettiva di subordinazione agli interessi della cultura dominante. A tale proposito, ricordiamo che lo stesso concetto di alcolismo come malattia, con relative pratiche di diagnosi e cura, significa, di fatto, sostenere gli interessi dell'intera filiera di produzione, pubblicità e vendita delle bevande alcoliche, santificando il prodotto e il suo consumo moderato e stigmatizzando l'alcolista come malato da curare per una presunta malattia biologica definita dipendenza o addiction.

Per quanto riguarda la cittadinanza competente, ogni cittadino che si trovi a vivere un'esperienza di disagio spirituale, esistenziale e mentale, spesso accompagnato anche dal danneggiamento o dal disfunzionamento della propria struttura biologica, cerca conforto e aiuto nei servizi specialistici pubblici o privati, che riassumono in sé l'egemonia della competenza. È legittimo e comprensibile che ci si affidi e si deleghi a mani esperte la soluzione di un problema che si sente insormontabile. Questo, tuttavia, rischia di rappresentare l'innescò di un meccanismo che delegittima e atrofizza la ricchezza delle risorse esperienziali, cognitive, esistenziali, mentali e biologiche che sono presenti in ciascuno di noi. Un problema emergente, una crisi subentrante e che si ripete nel corso del tempo, non possono essere una giustificazione alla deresponsabilizzazione. Essere responsabili non significa assumersi una colpa, ma interpretare un ruolo protagonista in un contesto relazionale ed essere disponibili a concorrere alla risoluzione di un problema, che molto spesso si concretizza nella incapacità di accettare le condizioni date. Nel gioco discutibile di domanda (spesso indotta) e offerta (spesso imposta) si traduce il disagio esistenziale e la stessa questione della salute in una rappresentazione semplicistica, riduzionista, economicistica e conformista. La domanda di benessere e di salute soggettiva e relazionale, se non viene analizzata auto criticamente, finisce per indirizzare l'offerta in senso funzionale agli interessi della cultura dominante. Nel campo dell'alcolologia c'è un costante richiamo, un po' enfatico, alla partecipazione attiva dei cittadini, che viene tuttavia confinata nelle categorie dell'auto-aiuto e del volontariato. L'orizzonte di una prospettiva antropospirituale deve stimolare ciascuno di noi a ridefinire la domanda, soprattutto nei momenti più drammatici ed estremi, riorientandola verso un processo di apprendimento che aumenti le competenze di ogni persona, accedendo alle conoscenze scientifiche e culturali esistenti, migliorandone la qualità e finalizzandole ad un percorso liberante e non delegante. Quando si assiste al

reiterarsi delle ricadute, alla difficoltà anche semplicemente di raggiungere uno stato di astinenza dall'uso di bevande alcoliche o da altri comportamenti dissipativi, all'intensità dei conflitti intra-familiari e sociali, si osserva una forma di ricaduta che non viene mai presa in considerazione. Si tornano a chiedere farmaci risolutivi in tempi rapidi, percorsi di distanziamento dalle dinamiche relazionali attraverso proposte riabilitative residenziali, una sorta di manicomio umanizzato ed abbellito. Vengono riproposte categorie diagnostiche improntate al concetto di sofferenza mentale come malattia d'organo. Per sviluppare una cittadinanza competente libera e liberante è necessario perseverare in un percorso di sensibilizzazione e formazione senza limiti di tempo, aperta alla visione ecologico sociale antropospirituale. Una scuola descolarizzata e permanente è l'essenza di un sistema di cura sistemico ed ecologico che costituisce il processo evolutivo e trasformativo nel dialogo interpersonale, nel ripristino di una vita comunitaria autentica, nella riconciliazione del disagio soggettivo con le dinamiche culturali esistenti. Attraverso questa competenza ricercata e coltivata si opera una riconciliazione tra scienza e soggettività, liberandoci da qualsiasi idolatria assolutistica e da qualsiasi prospettiva di normalizzazione. Fatte queste considerazioni, senza alcuna pretesa esaustiva, auguro a noi tutti un buon viaggio liberante e fraterno a partire dall'alcolologia.

Bibliografia

1. Estimation of potential soil erosion in the Prosecco DOCG area (NE Italy), toward a soil footprint of bottled sparkling wine production in different land-management scenarios - PLOS ONE <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210922> May 1, 2019; Gut microbiota and voluntary alcohol consumption Translational Psychiatry volume 12, number: 146 (2022) <https://www.nature.com/articles/s41398-022-01920-2> (ultima consultazione 01.06.2022)
2. Franco Rotelli, in Basaglia a Colorno, Aut Aut 342, 2009
3. Gregory Bateson, La cibernetica dell'Io, una teoria dell'alcolismo, in Verso un'ecologia della mente, Adelphi, 1977
4. Dante Alighieri, la Divina Commedia, Il Paradiso, canto XXXIII
5. F. J. Varela, E. Thompson, E. Rosch, La via di mezzo della conoscenza. Le scienze cognitive alla prova dell'esperienza, Feltrinelli, 1992
6. Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione, cura di Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia, Baldini-Castolgi, 2018. Per quanto riguarda la mia dicitura: Servitore Insegnante di club di ecologia sociale antropospirituale, Medico specialista in sanità pubblica, psiterapeuta istemico

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

L'AUMENTO DEI CONSUMATORI A RISCHIO DURANTE LA PANDEMIA

Riassunto

Il monitoraggio dei consumi di bevande alcoliche in Italia ha evidenziato che durante la pandemia circa 8,6 milioni di persone hanno consumato bevande alcoliche in modalità a rischio per la loro salute e che, rispetto al 2019, si è registrato un aumento sia per gli uomini (+6,6%) che per le donne (+5,3%). L'impatto maggiore è stato registrato per i target più vulnerabili della popolazione quali i minori (760.000) e gli anziani (2.600.000). Aumentano le criticità tra le donne ed in particolare preoccupa l'aumento delle minorenni: tra i 16 e i 17 anni la frequenza delle consumatrici a rischio (40,5%) raggiunge quella dei coetanei maschi (43,8%). La pandemia da SARS-CoV-2 ha reso ancora più problematico il consumo rischioso di tutte le bevande alcoliche tra quanti erano già consumatori a rischio. L'articolo riassume i dati sul monitoraggio dei consumi di bevande alcoliche in Italia in funzione anche a quanto verificatosi durante l'emergenza COVID-19.

Parole Chiave

Consumo di alcol, monitoraggio, fattori di rischio, epidemiologia

Abstract

The monitoring of alcoholic beverages consumption in Italy showed that during the pandemic about 8.6 million people consumed alcoholic beverages in a way that was at risk for their health and that, compared to 2019, there was an increase for both men (+ 6.6%) and for women (+ 5.3%). The greatest impact was recorded for the most vulnerable targets of the population such as minors (760,000) and the elderly (2,600,000). Critical issues among women are increasing and in particular the increase in minors is worrying: between 16 and 17 the frequency of at-risk consumers (40.5%) reaches that of male peers (43.8%). The SARS-CoV-2 pandemic has made the risky consumption of all alcoholic beverages even more problematic among those who were already at risk consumers. The article summarizes alcohol consumption monitoring in Italy, also in function of the new epidemiological scenarios redesigned by the COVID-19 emergency.

Keyword

Alcohol consumption, monitoring, risk factors, epidemiology

Introduzione

Il consumo di alcol causa nel mondo circa 3 milioni di morti ogni anno, è responsabile del 5,1% del carico globale di malattie, e la Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha la più alta percentuale di bevitori e il più alto consumo di alcol nel mondo. Nella Regione europea dell'OMS si stima che il 62,3% della popolazione adulta ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'ultimo anno e che sono quasi un milione le morti che ogni anno - pari a circa 2500 morti al giorno [1,2] - sono ascrivibili a due categorie di decessi alcol attribuibili: decessi dovuti a malattie infettive e croniche (tra cui malattie neurologiche, tumori, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica) e decessi causati da incidenti causati a se stessi o ad altre persone. Nel 2016 l'OMS ha stimato che il 29% dei decessi alcol correlati sono stati causati da malattie oncologiche, il 20% da cirrosi epatica, il 19% da malattie cardiovascolari e il 18% da incidenti, e che sono stati persi prematuramente 7,6 milioni di anni di vita a causa del consumo di alcol [3].

Dall'inizio del 2020 la pandemia da SARS-CoV-2 ha cambiato in tutto il mondo il modo di vivere, le abitudini, i comportamenti e gli stili di vita, obbligando all'adozione di misure di isolamento e distanziamento sociale che i governi nazionali hanno applicato a tutela individuale e collettiva. Sebbene infatti l'isolamento fisico e i lockdown abbiano rappresentato misure di salute pubblica necessarie a contenere la diffusione della pandemia, l'aumento dei livelli di stress, ansia e depressione hanno avuto un impatto di notevole importanza sulla vita quotidiana e sui livelli di benessere psico-fisico [4,5]. Gli effetti di una pressione psicologica prolungata legata a una mai sperimentata distanza imposta nelle relazioni sociali, alle improvvise difficoltà lavorative, economiche e sociali e, non ultimo, al default del sistema di prevenzione e cura imposto dal COVID, con chiusure e limitazioni all'accesso alle strutture e alle reti curanti, ha determinato, soprattutto per il settore salute mentale e dipendenze, notevoli criticità nella gestione e presa in carico dei disturbi da uso di alcol da parte dei servizi del SSN, già in forte sofferenza pre-pandemica. Tra i molti cambiamenti degli stili di vita registrati nel 2020, uno è stato sicuramente il maggior consumo di alcol [6,7], rilevato in particolare in quella fascia di popolazione che già adottava comportamenti a rischio per la sua salute [8].

In questo articolo illustriamo i risultati dell'elaborazione dei dati dell'Indagine multiscopo sulle famiglie- aspetti della vita quotidiana, condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) relativa alle abitudini di consumo di alcol degli italiani nel 2019 e nel 2020. Gli indicatori relativi al consumo di bevande alcoliche in modalità a rischio per la salute sono stati analizzati dall'Osservatorio Nazionale sull'Alcol (ONA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), avvalendosi delle competenze e delle metodologie sviluppate nell'ambito del programma CCM SISTIMAL (SISTema di Indicatori per il Monitoraggio dell'impatto ALcolcorrelato), finalizzato a valutare il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione nazionale e regionale a sostegno del Piano Nazionale di Prevenzione e delle Azioni Centrali del Ministero della Salute).

Materiale e Metodi

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS (ONA-ISS) ha analizzato i dati relativi agli anni precedenti la pandemia da SARS CoV-2 e al 2020, anno di inizio della pandemia da SARS CoV-2. L'indagine utilizzata per il monitoraggio dei consumi di alcol nella popolazione previsto dalle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol) del DPCM del 3 marzo 2017 [9] è l'indagine multiscopo sulle famiglie-aspetti della vita quotidiana, condotta ogni anno dall'ISTAT [10].

Per monitorare il consumo a rischio nella popolazione, l'ONA-ISS ha costruito un indicatore che tiene conto delle indicazioni della OMS, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), e dei nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana (LARN) [11,12], esprimendo adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale eccedentario e quello occasionale noto come binge drinking. Nella figura 1 vengono riportati i limiti suggeriti per non incorrere in problemi di salute e che sono stati utilizzati per la costruzione dell'indicatore del consumo a rischio (criterio ISS) meglio descritto in altri documenti [13-15].



Figura 1. Locandina ISS "alcol sai cosa bevi? Più sai meno rischi!"

(<https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2012/MATERIALI%20DIVULGATIVI/locandina%20alcol%20sai%20cosa%20bevi%202012.pdf>)

Risultati

Nel 2020, il 22,9% dei consumatori di bevande alcoliche e il 9,4% delle consumatrici non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica, per un totale di oltre 8.600.000 persone di età superiore a 11 anni (6.000.000 uomini e 2.600.000 donne) che hanno consumato alcol secondo modalità a maggior rischio (Figura 2).

La fascia di popolazione più a rischio è quella dei ragazzi e delle ragazze di 16 e 17 anni (maschi, 43,8%; femmine, 40,5%), seguita dagli anziani ultra 65enni; circa 750.000 11-17enni e 2.600.000 ultra 65enni sono da considerarsi a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate e vengono identificati dall'OMS e dalla Commissione Europea come i target di popolazione più vulnerabili, per i quali si raccomandano incisive azioni di prevenzione d'intervento volte a incrementare la health literacy, il grado di conoscenza e consapevolezza in merito ai numerosi rischi e ai danni che l'alcol causa alla salute.

È di particolare rilievo che nell'anno 2020 tra le minorenni non si rilevi una differenza significativa osservata rispetto ai coetanei maschi, dato ancora più evidente nella fascia di popolazione 11-15 anni.

La frequenza di consumo a rischio si mantiene sempre superiore tra i maschi per tutte le classi di età a eccezione dei minori, e la differenza di genere aumenta con l'età. I comportamenti a rischio di consumo di alcol nella popolazione giovanile non risparmiano neppure la fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni (che ha fatto peraltro registrare nella popolazione anche la più elevata frequenza di binge-drinkers).

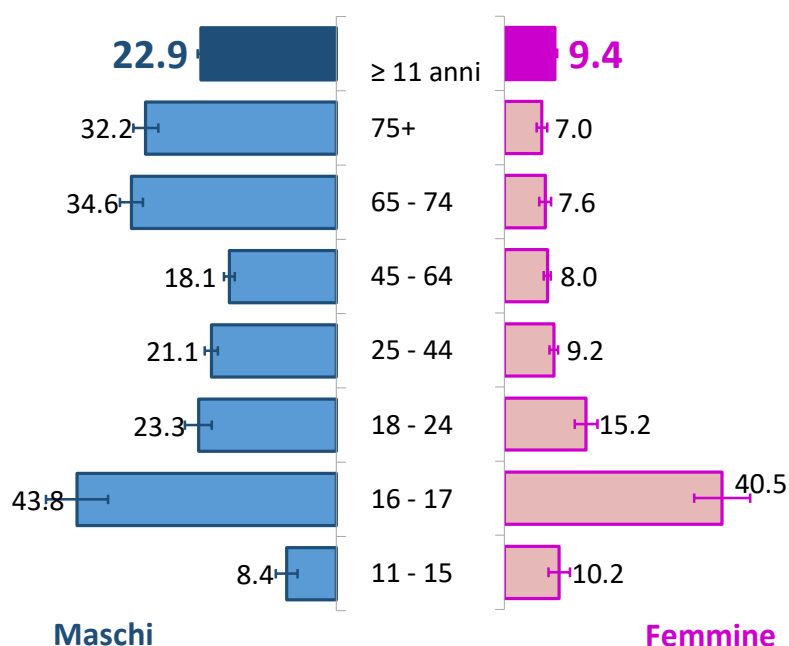


Figura 2. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2020)
Fonte: Elaborazioni SISMA dell'ONA-ISS su dati dell'Indagine multiscopo sulle famiglie- aspetti della vita quotidiana, (ISTAT)

L'analisi del trend degli ultimi anni mostra che, a fronte della diminuzione registrata tra il 2010 e il 2019, nel corso dell'ultimo anno la prevalenza dei consumatori a rischio è aumentata sia per gli uomini (+6,6%) che per le donne (+5,3%) (Figura 3).

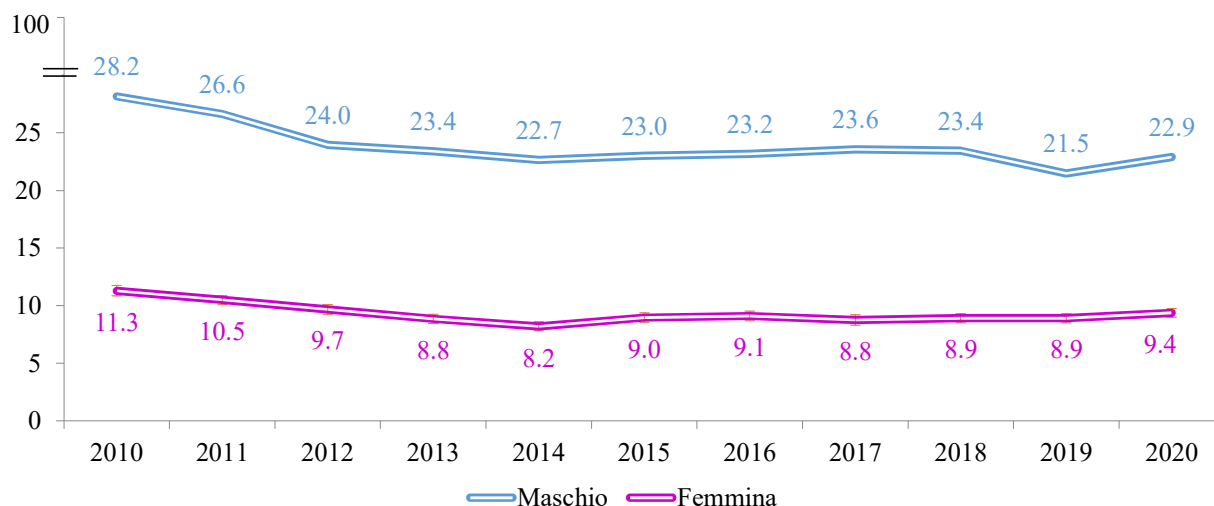


Figura 3. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere Anni 2010-2020
 Fonte: Elaborazioni SISMA dell'ONA-ISS su dati dell'indagine multiscopo sulle famiglie- aspetti della vita quotidiana (ISTAT)

Discussione

In Italia, nel corso degli ultimi anni si è assistito a un peggioramento del profilo epidemiologico del consumo di alcol nei target di popolazione più a rischio, iniziato ancor prima dell'inizio della pandemia da COVID-19 [[13,15]. Il peggioramento è stato anche confermato dalla valutazione sull'implementazione delle azioni nelle aree dello European Alcohol Action Plan (EAAP) che suggerisce all'Italia di rinnovare interventi prioritari in almeno quattro specifiche aree di azione: a) risposta dei servizi sanitari (mediante l'utilizzo di strumenti di identificazione di soggetti a rischio e intervento breve sui soggetti e disponibilità di interventi terapeutici standardizzati); b) marketing delle bevande alcoliche (pubblicità e sponsorizzazione da parte dell'industria di eventi destinati a target sensibili di popolazione); c) politiche sui prezzi; d) politiche per la riduzione delle conseguenze negative del consumo di alcol e dell'intossicazione (formazione del personale addetto alla somministrazione, etichettatura della bevanda) [3]. Nel corso del 2020 i consumatori a rischio, secondo l'indicatore di sintesi ISS, sono oltre 8.600.000 e, analizzando i dati secondo le classi di età, si evidenzia che la fascia di popolazione più a rischio è quella dei ragazzi e delle ragazze di 16 e 17 anni, seguita dagli anziani ultra 65enni, esattamente quei target di popolazione sensibili per i quali il WHO e la Commissione Europea hanno raccomandato azioni d'intervento volte a sensibilizzare le persone sulla non conformità dei loro consumi alle raccomandazioni di sanità pubblica. Le variazioni riscontrate nel corso del 2020 sono verosimilmente da imputare, oltre che a una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, alla mancanza di azioni di prevenzione e sostegno a causa di un sistema

sanitario bloccato sulla gestione dei casi COVID come principale ed unica priorità di Sanità Pubblica [16,17].

Conclusioni

In Italia come in altre parti del mondo nel 2020 il consumo di alcol ha rappresentato un modo per sopperire alla sofferenza indotta dal cambiamento dei modi di vivere, delle abitudini e dei comportamenti causati dall'adozione di misure di isolamento e distanziamento sociale dovute alla necessità di contenere l'epidemia da Covid-19. La possibilità di acquistare le bevande alcoliche non solo attraverso la grande distribuzione, ma anche mediante nuovi canali alternativi di vendita online e di home-delivery, ne ha reso più facile l'acquisto, in particolare nelle fasce giovanili della popolazione. Il desiderio di condividere momenti insieme ad amici e familiari ha favorito, durante il lockdown, l'abitudine di organizzare aperitivi online sui canali social, così come il desiderio nel post-lockdown di organizzare eventi conviviali all'aperto accompagnati da bevande alcoliche, è da attribuire almeno in parte alla reazione alle numerose tensioni lavorative, familiari, relazionali e generate dall'ansia della pandemia nell'anno più difficile e tragico della sua manifestazione [18-21]. L'era post-Covid richiede formazione obbligatoria, linee guida uniformi sul territorio e tra Regioni, nuove modalità d'identificazione precoce e d'intervento tanto nella popolazione generale quanto in quella a più alto rischio in evidente crescita, con counselling online, telemedicina e soluzioni digitali (anche basati sull'uso di smartphone) da privilegiare e rendere accessibili e disponibili. Sono inoltre da adottare programmi di prevenzione per i minori adeguati all'età e allo sviluppo evolutivo e cognitivo evitando il "bere responsabile", privo di qualunque efficacia, proponendo programmi e interventi esclusivamente a cura di personale sanitario qualificato che abbia come mandato un modello di prevenzione distante da qualunque altro interesse che non sia la tutela della salute pubblica e che consideri gli obiettivi di salute sostenibili, l'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e le best buys dell'OMS: riduzione della disponibilità delle bevande alcoliche - in particolare ai minori - adeguamento delle politiche sui prezzi e di tassazione, regolamentazione più rigorosa di marketing e pubblicità per la maggior tutela dei minori, adeguate politiche di controllo e di tassazione.

Per Corrispondenza

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia. E-mail: emanuele.scafato@iss.it

Bibliografia

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>; ultima consultazione 24.02.2022.
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development (2020). Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf; ultima consultazione 24.02.2022.
3. World Health Organization. Status Report on Alcohol Consumption, Harm and Policy Responses in 30 European Countries 2019. World Health Organization; 2019. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019>. Accessed August 5, 2021.
4. Passavanti M, Argentieri A, Barbieri DM, et al. The psychological impact of COVID-19 and restrictive measures in the world. *J Affect Disord.* 2021;283:36-51. doi:10.1016/j.jad.2021.01.020
5. Kohls E, Baldofski S, Moeller R, Klemm SL, & Rummel-Kluge C. Mental Health, Social and Emotional Well-Being, and Perceived Burdens of University Students During COVID-19 Pandemic Lockdown in Germany. *Front psychiatry.* 2021;12. doi:10.3389/FPSYT.2021.643957
6. Murthy P, Narasimha V. Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown on alcohol use disorders and complications. *Curr Opin Psychiatry.* 2021;34(4):376-385. doi:10.1097/YCO.0000000000000720
7. Ferrante G, Camussi E, Piccinelli C, et al. L'isolamento sociale durante l'epidemia da SARS-CoV-2 ha avuto un impatto sugli stili di vita dei cittadini? *Epidemiol Prev.* 2020;44(56):353-362. doi:10.19191/EP20.5-6. S2.137
8. Matone, A., Ghirini, S., Gandin, C., Scafato, E., & for the European Study Group on Alcohol Use and COVID-19. (2022). Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. *Annali dell'Istituto Superiore Di Sanità*, 58(1), 6-15. Retrieved from <https://annali.iss.it/index.php/anna/article/view/1437>
9. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie generale - n. 109, 12 maggio 2017*
10. Istituto Nazionale di Statistica. SiquaL. Sistema informativo sulla qualità. <http://siquaL.istat.it/SIQuaL/visualizza.do?id=0058000>; ultimo accesso 3/2/2022.
11. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione, Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Peperai 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); 2020. p. 979-1086.

12. CREA. Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018. Roma. Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.crea.gov.it/documents/59764/0/Dossier+Scientifico+Linee+Guida+2018.pdf/58910724-956c-d5de-9ee6-8b271835e206?t=1587466323780>; ultima consultazione 23.02.2022
13. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2022. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/1)
14. Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. 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". Roma: Ministero della Salute; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3059; ultima consultazione 23.02.2022.
15. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Matone A, Scipione R. Consumo di alcol. In: Rapporto Osservasalute 2020. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2021. Disponibile all'indirizzo <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2020>; ultima consultazione 23.02.2022.
16. Carpiello B, Tusconi M, Zanalda E, et al. Psychiatry during the Covid-19 pandemic: a survey on mental health departments in Italy. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):593. doi:10.1186/s12888-020-02997-z
17. Blithikioti, C., Nuño, L., Paniello, B., Gual, A., & Miquel L. Impact of COVID-19 lockdown on individuals under treatment for substance use disorders: Risk factors for adverse mental health outcomes. *J Psychiatr Res*. 2021;139:47-53. doi:10.1016/J.JPSYCHIRES.2021.05.006
18. Acuff SF, Tucker JA, Murphy JG. Behavioral economics of substance use: Understanding and reducing harmful use during the COVID-19 pandemic. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2021;29(6):739-49.
19. Farhoudian A, Ramin Radfar S, Mohaddes Ardabili H, et al. A global survey on changes in the supply, price, and use of illicit drugs and alcohol, and related complications during the 2020 COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*. 2021;12. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.646206>
20. European Alcohol Policy Alliance (Eurocare). Alcohol consumption in times of COVID-19. Brussels: Eurocare; 2021. Disponibile all'indirizzo: www.eurocare.org/cares.php?sp=alcohol-and-health&ssp=alcohol-consumption-in-times-of-covid-19; ultima consultazione 24.02.2022.

21. Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in adult alcohol use and consequences during the COVID-19 pandemic in the US. *JAMA Network Open*. 2020;3(9):e2022942. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.22942

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

L'AUMENTO DEI CONSUMATORI DANNOSI DI ALCOL REGISTRATO TRA IL 2019 E IL 2020

Riassunto

Messo ai margini il 92% di consumatori dannosi che a oggi non hanno richiesto o avuto accesso al trattamento a causa di una sofferenza del sistema e per mancata intercettazione da parte delle strutture del SSN. I dati evidenziano, come mai prima d'ora, il bisogno urgente di un rinnovo dei servizi di salute pubblica e di politiche a favore della gestione del trattamento del consumo dannoso alcol, che siano volti alla promozione del benessere per tutti i cittadini.

L'articolo riassume i dati sul consumo dannoso di alcol in Italia in funzione dell'emergenza da COVID-19.

Parola Chiave

Disturbo da Uso di Alcol, monitoraggio, fattori di rischio, epidemiologia

Abstract

The 92% of harmful consumers who to date have not requested or had access to treatment due to a suffering system and a failure to intercept by the NHS structures have been put on the sidelines. The data highlight, as never before, the urgent need for a renewal of public health services and policies in favor of the management of the treatment of harmful alcohol consumption, which are aimed at promoting well-being for all citizens.

The article summarizes data on harmful alcohol consumption in Italy, also in function of the COVID-19 emergency.

Keyword

Alcohol Use Disorder, monitoring, risk factors, epidemiology

Introduzione

Nel mondo circa 3 milioni di persone muoiono ogni anno a causa del consumo di alcol che è responsabile del 5,1% del carico globale di malattie [1,2]

Tra le patologie correlate al consumo di alcol, il disturbo da uso di alcol (AUD) è una condizione medica descritta nel manuale DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5a edizione) come una patologia caratterizzata da una ridotta capacità di interrompere o controllare il consumo di alcol nonostante le conseguenze negative a livello sociale, professionale o sanitario. Gli operatori sanitari utilizzano i criteri del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione (DSM-5), per valutare se una persona è affetta da AUD e per determinare la gravità se il disturbo è presente. Lo strumento di screening appositamente progettato per l'identificazione degli AUD è il Alcohol Use

Disorders Identification Test (AUDIT) [3] che permette di identificare e misurare la gravità (media, moderata o grave) della patologia.

Il consumo di alcol ad alto rischio e l'AUD sono importanti fattori di rischio per morbilità e mortalità dovute a disturbi come ipertensione, malattie cardiovascolari, ictus, cirrosi epatica, diversi tipi di cancro e infezioni, pancreatite, diabete di tipo 2 e varie lesioni. È inoltre dimostrato che l'AUD è associato a numerose comorbidità psichiatriche e ad una perdita di produttività che causano costi psicologici e finanziari ai consumatori stessi, alle loro famiglie, ad amici e colleghi, e alla società nel suo insieme.

La prevalenza di AUD varia molto tra i paesi e le regioni dell'OMS e l'insorgenza della patologia inizia nel 15% dei casi fin dall'adolescenza. La prevalenza dell'AUD è più alta per gli uomini rispetto alle donne mentre percepire un reddito elevato, avere un alto livello d'istruzione ed essere coniugati hanno un rischio inferiore sviluppare AUD [4,5].

Negli Stati Uniti il consumo dannoso di alcol è un grave problema di salute pubblica e rappresenta la terza principale causa di morte prevenibile a causa del quale vengono spesi circa 250 miliardi di dollari all'anno [6]

L'AUD è un disturbo invalidante molto diffuso che tuttavia molto spesso non viene identificato dai servizi e di conseguenza non viene correttamente trattato a livello medico. La corretta identificazione dei pazienti affetti da AUD è fondamentale per aiutare le persone che non riescono a ridurre il proprio consumo di alcol da soli ad accedere ai servizi specialistici.

Con il diffondersi della pandemia da SARS-CoV-2 dal 2020 sono cambiate le abitudini, i comportamenti e gli stili di vita della popolazione a causa delle misure di isolamento e distanziamento sociale introdotte dai governi nazionali per contenere la diffusione della pandemia. Le misure adottate hanno determinato un impatto sulla vita quotidiana e sui livelli di benessere psico-fisico, a causa dell'aumento dei livelli di stress, ansia e depressione [7,8]. L'aumento del consumo di bevande alcoliche è sicuramente uno dei cambiamenti degli stili di vita registrati nel 2020 [9,10], in particolare nella popolazione che già in precedenza adottava consumi a rischio per la sua salute [11].

Le chiusure e limitazioni all'accesso alle strutture e alle reti curanti imposto dal COVID hanno infine esacerbato, soprattutto per il settore salute mentale e dipendenze, le criticità nella gestione e presa in carico dei disturbi da uso di alcol da parte dei servizi del SSN, già presenti in periodo pre-pandemico [12].

In questo articolo illustriamo i risultati dell'elaborazione dei dati dell'indagine multiscopo sulle famiglie - aspetti della vita quotidiana" condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) relativa alle abitudini di consumo dannoso di alcol degli italiani nel 2019 e nel 2020. Gli indicatori relativi al consumo dannoso di alcol sono stati elaborati dall'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), avvalendosi delle competenze e delle metodologie sviluppate nell'ambito del programma CCM SISTIMAL (SISTema di Indicatori per il Monitoraggio dell'impatto ALcolcorrelato), finalizzato a valutare il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione

nazionale e regionale a sostegno del Piano Nazionale di Prevenzione e delle Azioni Centrali del Ministero della Salute).

Materiale e metodi

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS (ONA-ISS) ha analizzato i dati relativi agli anni precedenti la pandemia da SARS CoV-2 e il 2020, anno di inizio della pandemia da SARS CoV-2. L'indagine utilizzata per il monitoraggio dei consumi di alcol nella popolazione previsto dalle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA del DPCM del 3 marzo 2017 [13] è l'Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita quotidiana, condotta ogni anno dall' ISTAT [14].

Il consumo dannoso corrisponde a una modalità di consumo che causa danno alla salute a livello fisico e mentale; nel, SIStema di Monitoraggio Alcol (SISMA), viene rilevato attraverso il consumo giornaliero di oltre 40 grammi di alcol per le donne adulte (circa 4 Unità Alcoliche standard -UA) e di oltre 60 grammi di alcol per gli uomini adulti (circa 6 UA). Il disturbo da uso di alcol (DUA) riportato nel manuale DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5a edizione) [15] è una patologia caratterizzata da una ridotta capacità di interrompere o controllare il consumo di alcol nonostante le conseguenze negative a livello sociale, professionale o sanitario. Il rischio che una persona sviluppi un Disturbo da Uso di Alcol può essere rilevato sia utilizzando uno strumento di screening appositamente progettato a tale scopo (AUDIT) [3] oppure misurando indirettamente quantità e frequenza del consumo dichiarato.

Per monitorare il consumo dannoso di alcol nella popolazione l'ONA-ISS ha costruito un indicatore che tiene conto dei consumi giornalieri di oltre 40 grammi di alcol per le donne adulte (circa 4 Unità Alcoliche standard -UA) e di oltre 60 grammi di alcol per gli uomini adulti (circa 6 UA) [16]

Nella figura 1 viene riportato il confronto tra la l'indicatore sviluppato dall'ONA-ISS per la stima della prevalenza dei consumatori dannosi di alcol e l'indicatore utilizzato dall'OMS per la stima della prevalenza degli AUDs e dell'alcoldipendenza [16,17].

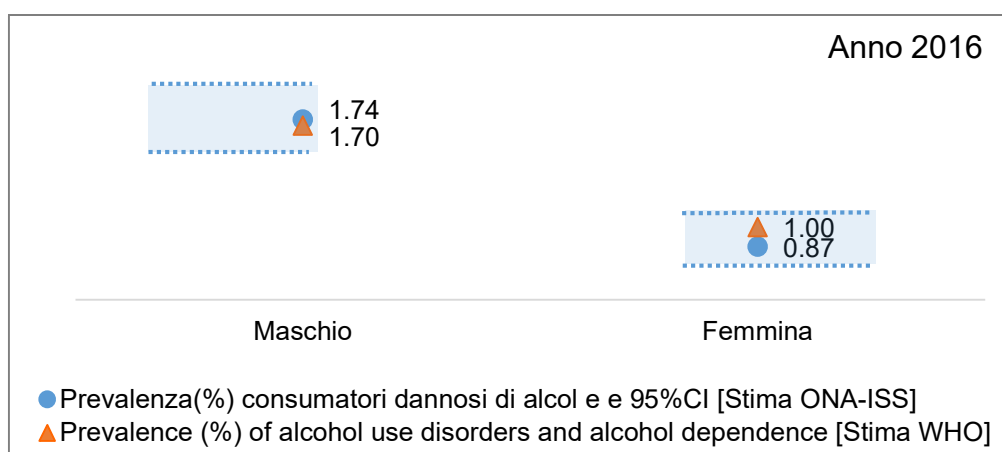


Figura 1. Prevalenza (%) di consumatori dannoso di alcol con IC95(%) (linee) e prevalenza di AUD in Italia per genere. Anno 2016

Risultati

Nel 2020 in Italia, circa 830.000 persone di età superiore o uguale a 18 anni (555.000 maschi e 275.000 femmine) hanno consumato bevande alcoliche secondo modalità che implicano un danno all'organismo, e rispetto al 2019 si è registrato un forte incremento. Nell'anno in cui la popolazione è stata sottoposta a un lungo periodo di lockdown a seguito della pandemia da SARS CoV-2, la prevalenza dei consumatori dannosi è complessivamente aumentata in maniera statisticamente significativa del 27,6% nella popolazione maschile. L'aumento si evince anche per tutte le classi di età considerate, ad eccezione delle donne anziane. (Figura 2).

La fascia di popolazione più a rischio è per gli uomini quella degli anziani ultrasessantacinquenni (3,03%), seguita dalla popolazione adulta (2,40%) ed infine dai giovani di 18-44 anni (1,69%). L'analisi per classi di età tra le donne non evidenzia cambiamenti significativi; in tutte le classi di età analizzate, la prevalenza di consumatori dannosi è più elevata tra gli uomini rispetto alle donne.

Complessivamente, dunque, sono circa 830.000 consumatori dannosi rilevati nell'anno 2020 che sono a tutti gli effetti da considerarsi, secondo il manuale diagnostico DSM-5, da assimilare clinicamente ai soggetti alcolodipendenti e che dovrebbero quindi essere intercettati e presi in carico dai servizi territoriali per le dipendenze. Il dato rilevato nell'anno 2020 evidenzia tuttavia come, a fronte di poco più di 64.000 utenti in carico ai servizi [12], solo 8 % dei pazienti "in need for treatment", ossia che richiedono un trattamento, vengano correttamente intercettati dai servizi per le alcolodipendenze.

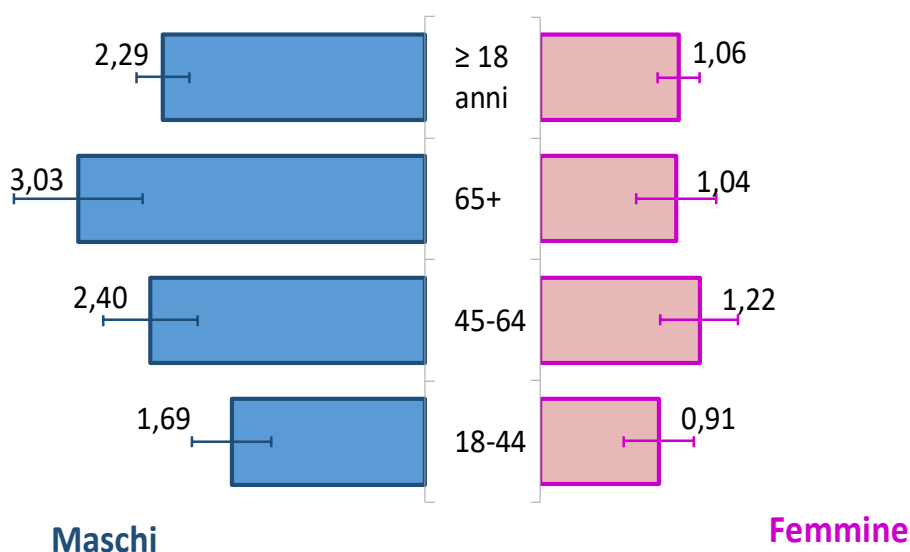


Figura 2. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2020)

Fonte: Elaborazioni SISMA (Sistema di Monitoraggio Alcol) dell'ONA-ISS su dati dell'indagine multiscopo sulle famiglie-aspetti della vita quotidiana (ISTAT)

La Figura 3 mostra, infine, come la prevalenza dei consumatori dannosi sia aumentata nel corso degli ultimi anni. A fronte di un relativo plateau raggiunto tra il 2012 e il 2018, la prevalenza dei consumatori dannosi è infatti aumentata nel corso degli ultimi anni e tra il 2019 e il 2020 si è registrato un aumento, in particolare tra gli uomini (+27,6%). Sembra quindi consolidarsi la disuguaglianza di salute che, a

seguito della difficoltà a raggiungere i servizi esacerbata dalla pandemia, ha marginalizzato e stigmatizzato ulteriormente il 92% di consumatori dannosi che ad oggi non hanno avuto accesso al trattamento in quanto non intercettati dalle strutture del SSN [12].

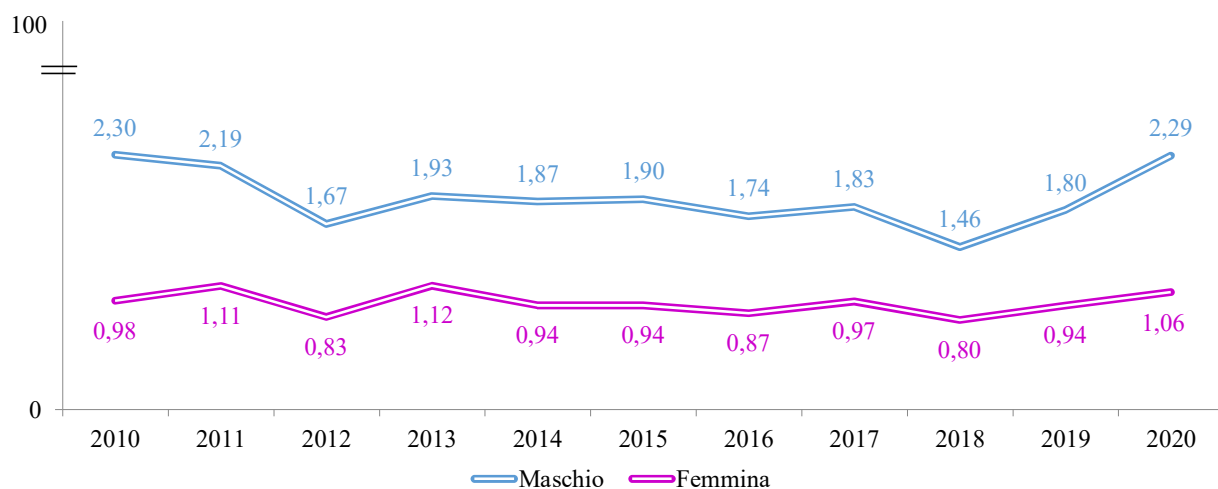


Figura 3. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere Anni 2010-2020
 Fonte: Elaborazioni SISMA (Sistema di Monitoraggio Alcol) dell'ONA-ISS su dati dell'indagine multiscopo sulle famiglie-aspetti della vita quotidiana (ISTAT)

Discussione

Prima ancora dell'inizio della pandemia da SARS CoV-2 in Italia si era assistito a un peggioramento del profilo epidemiologico del consumo a rischio e dannoso di alcol, in particolare nei target sensibili di popolazione [16,17]. Questo peggioramento rende prioritario avviare in Italia i seguenti quattro interventi prioritari raccomandati dall'European Alcohol Action Plan (EAAP) [3]:

- a) risposta dei servizi sanitari (mediante l'utilizzo di strumenti di identificazione di soggetti a rischio e intervento breve sui soggetti e disponibilità di interventi terapeutici standardizzati);
- b) marketing delle bevande alcoliche (pubblicità e sponsorizzazione da parte dell'industria di eventi destinati a target sensibili di popolazione);
- c) politiche sui prezzi;
- d) politiche per la riduzione delle conseguenze negative del consumo di alcol e dell'intossicazione (formazione del personale addetto alla somministrazione, etichettatura della bevanda).

Nel corso del 2020 i consumatori dannosi che necessiterebbero di essere intercettati dai servizi per l'alcoldipendenza sono stati oltre 830.000 e analizzando i dati secondo le classi di età si evidenzia che la fascia di popolazione più problematica è quella degli anziani ultrasessantacinquenni, esattamente quel target individuato anche nei piani programmatici del WHO e della Commissione Europea. Le variazioni riscontrate nel corso del 2020 possono verosimilmente essere imputate, oltre che ad una scarsa capacità dei servizi per l'alcoldipendenza di intercettare le persone affette da AUD, anche da un sistema sanitario indebolito e centrato principalmente nella gestione dei casi COVID [18,19].

Conclusioni

L'AUD, definito dai criteri del DSM-5 è un disturbo invalidante altamente diffuso in Italia, correlato con numerose patologie e che spesso non viene intercettato e gestito correttamente dal SSN. La riduzione degli AUD rappresenta, insieme alla riduzione del 10 % del consumo pro-capite di alcol e della mortalità causata dall'alcol, un obiettivo centrale dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite finalizzata al raggiungimento dei Sustainable Development Goals (SDGs). Nel 2021 è stato approvato dall'OMS/Europa il programma di lavoro europeo 2020-2025 (EPW) [20,21] che ha l'obiettivo di aiutare i ministeri della salute e mobilitare i leader politici a ridurre il peso delle malattie non trasmissibili attraverso misure di salute pubblica (in particolare, con riferimento all'alimentazione, al tabagismo, all'alcol, all'obesità, agli incidenti stradali). Tra le priorità del EPW viene evidenziata la necessità di sostenere gli sforzi degli Stati Membri per mettere le persone al centro dei servizi coordinando il continuum assistenziale a partire dalla prevenzione clinica, attraverso la diagnosi precoce e lo screening, il trattamento, la riabilitazione e le cure palliative. In quest'ottica è urgente provvedere, ad integrazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-25 specificamente all'area del trattamento, ad ampliare e valorizzare l'esperienza già attuata nel corso di precedenti Piani di Prevenzione del Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS). In questo momento storico in cui l'epidemia da Covid-19, ha inevitabilmente portato al cambiamento dei modi di vivere, delle abitudini e dei comportamenti a causa dall'adozione di misure di isolamento e distanziamento sociale, ed ha incrementato tensioni lavorative, familiari, relazionali [22-25] è ancora più urgente giungere alla riorganizzazione del SSN. Le misure di salute pubblica devono essere orientate a rendere più accessibili i servizi per il trattamento degli AUD, garantendo intercettazione, diagnosi, cura e riabilitazione, basati su linee guida e standard omogenei sul tutto il territorio nazionale, contribuendo quindi a diminuire le disuguaglianze di salute e i gradienti di salute tra Regioni.

Alla luce di tali dati, si sottolinea quindi la necessità di garantire programmi di formazione riguardanti l'identificazione precoce e l'intervento breve secondo lo standard europeo Oms e Ue (Phepa, Primary Health care European Project on Alcohol) nei setting di medicina generale e in quelli sociosanitari di prevenzione e assistenza [26]. E' altresì importante sottolineare l'urgenza di formare e rinnovare la rete curanti per il trattamento delle dipendenze e dei Disturbi da Uso di Alcol, attraverso linee guida operative e di consenso comuni a tutte le Regioni, per percorsi di prevenzione e cura omogenei sul territorio nazionale, che rafforzino la rete tra Medici di famiglia, Specialisti ambulatoriali e strutture ospedaliere.

L'era post-COVID richiede formazione obbligatoria, linee guida uniformi sul territorio e tra Regioni, nuove modalità d'identificazione precoce e d'intervento tanto nella popolazione generale che in quella a più alto rischio in evidente crescita, con counselling online, telemedicina e soluzioni digitali (anche basati sull'uso di smartphone) da privilegiare e rendere accessibili e disponibili. Sono inoltre da adottare programmi di prevenzione per i minori adeguati all'età e allo sviluppo evolutivo e cognitivo evitando il "bere responsabile", privo di qualunque efficacia, proponendo programmi e interventi esclusivamente a cura di personale sanitario qualificato che abbia come mandato un modello di prevenzione distante da

qualunque altro interesse che non sia la tutela della salute pubblica e che consideri gli obiettivi di salute sostenibili, l'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e le best buys dell'OMS: riduzione della disponibilità delle bevande alcoliche in particolare ai minori, adeguamento delle politiche sui prezzi e di tassazione, regolamentazione più rigorosa di marketing e pubblicità per la maggior tutela dei minori, adeguate politiche di controllo e di tassazione.

Per Corrispondenza

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcolologia. E-mail: emanuele.scafato@iss.it

Bibliografia

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>; ultima consultazione 24.02.2022.
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development (2020). Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf; ultima consultazione 24.02.2022.
3. Babor T, et al. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
4. Meyer D, Glantz, Chrianna Bharat, Louisa Degenhardt, Nancy A. Sampson, Kate M. Scott, Carmen C.W. Lim, Ali Al-Hamzawi, Jordi Alonso, Laura Helena Andrade, Graca Cardoso, Giovanni De Girolamo, Oye Gureje, Yanling He, Hristo Hinkov, Elie G. Karam, Georges Karam, Viviane Kovess-Masfety, Victor Lasebikan, Sing Lee, Daphna Levinson, John McGrath, Maria-Elena Medina-Mora, Constanta Mihaescu-Pintia, Zeina Mneimneh, Jacek Moskalewicz, Fernando Navarro-Mateu, José Posada-Villa, Charlene Rapsey, Juan Carlos Stagnaro, Hisateru Tachimori, Margreet Ten Have, Nathan Tintle, Yolanda Torres, David R. Williams, Yuval Ziv, Ronald C. Kessler. The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys, *Addictive Behaviors*, Volume 102, 2020, 106128, ISSN 0306-4603, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106128>.
5. Grant, B. F., Chou, S. P., Saha, T. D., Pickering, R. P., Kerridge, B. T., Ruan, W. J., Huang, B., Jung, J., Zhang, H., Fan, A., & Hasin, D. S. (2017). Prevalence of 12-Month Alcohol Use, High-Risk Drinking, and DSM-IV Alcohol Use Disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA psychiatry*, 74(9), 911–923. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2161>
6. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) Alcohol Facts and Statistics. Rockville, MD: NIAAA; 2019. [Accessed January 9, 2020]. <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-facts-and-statistics>.
7. Passavanti M, Argentieri A, Barbieri DM, et al. The psychological impact of COVID-19 and restrictive measures in the world. *J Affect Disord*. 2021;283:36-51. doi:10.1016/j.jad.2021.01.020
8. Kohls E, Baldofski S, Moeller R, Klemm SL, & Rummel-Kluge C. Mental Health, Social and Emotional Well-Being, and Perceived Burdens of University Students During COVID-19 Pandemic Lockdown in Germany. *Front psychiatry*. 2021;12. doi:10.3389/FPSYT.2021.643957
9. Murthy P, Narasimha V. Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown on alcohol use disorders and complications. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;34(4):376-385. doi:10.1097/YCO.0000000000000720

10. Ferrante G, Camussi E, Piccinelli C, et al. L'isolamento sociale durante l'epidemia da SARS-CoV-2 ha avuto un impatto sugli stili di vita dei cittadini? *Epidemiol Prev.* 2020;44(56):353-362. doi:10.19191/EP20.5-6.S2.137
11. Matone, A., Ghirini, S., Gandin, C., Scafato, E., & for the European Study Group on Alcohol Use and COVID-19. (2022). Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. *Annali dell'Istituto Superiore Di Sanità*, 58(1), 6-15. Retrieved from <https://annali.iss.it/index.php/anna/article/view/1437>
12. Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. 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". Roma: Ministero della Salute; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3059; ultima consultazione 23.02.2022.
13. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie generale - n. 109*, 12 maggio 2017
14. Istituto Nazionale di Statistica. SiquaL. Sistema informativo sulla qualità. <http://siquaL.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=0058000>; ultimo accesso 3/2/2022.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*; Arlington, VA: APA; 2022..
16. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2022.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/1)
17. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Matone A, Scipione R. Consumo di alcol. In: *Rapporto Osservasalute 2020. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane.* Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2021. Disponibile all'indirizzo <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2020>; ultima consultazione 23.02.2022.
18. Carpinello B, Tusconi M, Zanalda E, et al. Psychiatry during the Covid-19 pandemic: a survey on mental health departments in Italy. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):593. doi:10.1186/s12888-020-02997-z
19. Blithikioti, C., Nuño, L., Paniello, B., Gual, A., & Miquel L. Impact of COVID-19 lockdown on individuals under treatment for substance use disorders: Risk factors for adverse mental health outcomes. *J Psychiatr Res.* 2021;139:47-53. doi:10.1016/J.JPSYCHIRES.2021.05.006

20. The European Programme of Work, 2020–2025: United Action for Better Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
21. Il programma di lavoro europeo 2020-2025: un'azione unitaria per una salute migliore in Europa. Copenaghen: OMS Ufficio Regionale per l'Europa; 2021. Licenza: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
22. Acuff SF, Tucker JA, Murphy JG. Behavioral economics of substance use: Understanding and reducing harmful use during the COVID-19 pandemic. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2021;29(6):739-49.
23. ¹ Farhoudian A, Ramin Radfar S, Mohaddes Ardabili H, et al. A global survey on changes in the supply, price, and use of illicit drugs and alcohol, and related complications during the 2020 COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry.* 2021;12. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.646206>
24. European Alcohol Policy Alliance (Eurocare). Alcohol consumption in times of COVID-19. Brussels: Eurocare; 2021. Disponibile all'indirizzo: www.eurocare.org/cares.php?sp=alcohol-and-health&ssp=alcohol-consumption-in-times-of-covid-19; ultima consultazione 24.02.2022.
25. Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in adult alcohol use and consequences during the COVID-19 pandemic in the US. *JAMA Network Open.* 2020;3(9):e2022942. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.22942
26. Conferenza Nazionale Alcol. *Alcologia Suppl.* Vol. 3. 2008.

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

IL MONITORAGGIO DELL'ALCOLDIPENDENZA E DEI DISTURBI DA USO DI ALCOL IN ITALIA

Riassunto

Il consumo di alcol è un importante problema di salute pubblica, classificato in Europa come terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa.

L'articolo riassume le problematiche principali emerse dalle elaborazioni del SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato – SISMA, (DPCM 3/3/2017), a cura dell'Istituto Superiore di Sanità e/o del Ministero della Salute sui dati trasmessi dai servizi di alcologia per quanto concerne l'alcoldipendenza in funzione anche dei nuovi scenari epidemiologici ridisegnati dall'emergenza COVID-19.

Nel 2020 sono 64.527 gli alcoldipendenti in carico ai servizi in Italia, in costante e preoccupante decrescita nonostante l'incrementata platea di consumatori dannosi affetti da Disturbo da Uso di Alcol. Peggiora quindi la capacità d'intercettazione da parte dei servizi del SSN e del sistema di diagnosi e cura: solo il 7,8% degli 830.000 consumatori dannosi in necessità di trattamento è preso in carico ai servizi territoriali per le dipendenze, inaccessibili nel lockdown durante la pandemia COVID-19, in sofferenza di risorse e personale, con grave stigma degli utenti già in carico e di coloro che non hanno potuto fare ricorso alle prestazioni del SSN.

Nell'era post-COVID risulta urgente avviare programmi sistematici per l'identificazione precoce e l'intervento breve nella popolazione generale e attuare la formazione specifica dei professionisti sanitari: i medici di medicina generale, i pediatri, i medici competenti nei luoghi di lavoro. Indispensabile assicurare protocolli d'invio alla rete curante e sociosanitaria da riorganizzare e dotare di linee d'indirizzo per la prevenzione, cura e riabilitazione aggiornate e uniformi sul territorio nazionale affinché sia garantito il principio di equità a supporto delle persone e delle famiglie che combattono con la dipendenza da alcol.

Parole Chiave

Alcoldipendenza, monitoraggio, disturbi da uso di alcol

Abstract

Alcohol consumption is an important public health problem, classified in Europe as the third risk factor for disease and premature death after smoking and high blood pressure.

The article summarizes the main problems that emerged from the processing of the Alcohol-related Monitoring System - SISMA, (DPCM 3/3/2017), by the Istituto Superiore di Sanità and / or the Ministry of Health on the data transmitted by the alcology as regards alcohol dependence also in function of the new epidemiological scenarios redesigned by the COVID-19 emergency.

In 2020 there were 64,527 alcohol addicts in charge of services in Italy, in constant and worrying decline despite the increased number of harmful consumers suffering from Alcohol Use Disorder. Therefore, the interception capacity of the NHS services and the diagnosis and treatment system worsens: only 7.8% of the 830,000 harmful consumers in need of treatment are taken over by the territorial services for addictions, inaccessible in the lockdown during the COVID-19 pandemic, suffering from resources and personnel, with serious stigma from users already in charge and those who have not been able to use the services of the NHS.

In the post-COVID era, it is urgent to launch systematic programs for early identification and brief intervention in the general population and to implement specific training for health professionals: general practitioners, pediatricians, competent doctors in the workplace. It is essential to ensure sending protocols to the healthcare and socio-health network to be reorganized and equipped with updated and uniform guidelines for prevention, treatment and rehabilitation throughout the national territory so that the principle of fairness is guaranteed in support of people and families who fight with alcohol addiction.

Keywords

Alcohol dependence. monitoring. alcohol use disorders

Introduzione

Il consumo di alcol ha un impatto causale su più di 200 condizioni (malattie e lesioni) e, nella sola regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, provoca quasi un milione di morti ogni anno. Oltre ad avere impatti devastanti sulle comunità, l'alcol è tra le cause principali della perdita di produttività, dell'aumento dei costi socio-sanitari, e pregiudica la capacità di gestione dei servizi sanitari [1-2].

La rilevazione delle attività nel settore dell'alcoldipendenza è in Italia un'attività a norma di legge: il Decreto Ministeriale (D.M.) del 04.09.1996 "Rilevazione di attività nel settore dell'alcoldipendenza" e la Legge N. 125 del 30.3.2001 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" che definiscono le modalità di rilevazione, in collaborazione con le Regioni e le Province Autonome, delle attività delle strutture pubbliche e private che si occupano della diagnosi e della cura in materia di alcoldipendenza [3,4]. Le suddette normative indicano le informazioni (modelli ALC.01-ALC.08) da raccogliere annualmente dalle Regioni, dalle aziende USL e dalle aziende ospedaliere, o per gli Enti convenzionati rilevate direttamente dalle Regioni [5]. Nonostante l'esistenza ed il supporto di normative ad hoc, la stima puntuale degli alcol dipendenti in Italia ha finora presentato difficoltà di vario tipo e in sostanza non esistono dati ufficiali per una valutazione del fenomeno.

Per quanto riguarda le stime dei consumatori dannosi di alcol al fine di monitorare l'andamento dei disturbi da uso di alcol nella popolazione, l'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) dell'Istituto Superiore di Sanità elabora e analizza ogni anno le basi di dati nazionali svolgendo attività di monitoraggio su mandato del Ministero della Salute e in base a quanto previsto dal Piano Statistico Nazionale e dalle attività del "Sistema di Monitoraggio Alcol-correlato – SISMA" previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 e dalla recente attivazione presso l'Istituto Superiore di Sanità dell'azione centrale SIAS-SISTIMAL "International Sistema e Azione di Supporto a SISTIMAL" del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute per la valutazione dell'implementazione delle politiche nazionali e regionali sull'alcol che il Ministero della Salute divulga provvedendo anche a trasmettere al Parlamento e all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) [6,7]. Le suddette analisi integrano le elaborazioni annuali fornite nelle tavole di dati "Il consumo di alcol in Italia" prodotte dall'ISTAT [8] relative all'anno 2019, al fine di creare un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, in collaborazione con il Ministero della Salute, finalizzato a fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione e alla salvaguardia della salute dei cittadini, oltre che alla stesura della relazione al parlamento prevista ai sensi della Legge n. 125 del 30 marzo 2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" [4]. I dati sono raccolti annualmente dall'ISTAT attraverso l'"Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana". L'indagine, effettuata per la prima volta nel 1993, raccoglie le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui, tra cui le abitudini alimentari e i consumi delle bevande alcoliche [9].

Nella Figura 15 si può osservare che il dato rilevato nel 2016 della prevalenza dei consumatori dannosi di alcol stimati dall'ONA-ISS sulla base dei dati dell'indagine multiscopo delle famiglie è approssimabile a quello della prevalenza dell'AUD stimata dalla WHO [1]. Sulla base di questa evidenza l'ONA-ISS effettua annualmente le stime dei consumatori dannosi di alcol al fine di monitorare l'andamento dell'AUD nella popolazione.

Metodologia

Il monitoraggio dell'alcoldipendenza e dei disturbi da uso di alcol in Italia rientra tra le attività valutate e riportate annualmente a norma di legge dal Ministro della Salute in Parlamento ai sensi della Legge 125/2001 [4, 5]. Per la stesura della suddetta relazione, che sintetizza ogni anno trend, le attività svolte e le principali criticità, il Ministero della Salute si avvale di un gruppo di lavoro multidisciplinare al quale partecipa anche l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS). L'ONA-ISS contribuisce a predisporre, attraverso l'azione "SISMA" - SIStema di Monitoraggio Alcol, la statistica formale SDE 00136 richiesta anche dal Piano Statistico Nazionale dell'Istituto Nazionale di Statistica - ISTAT attivamente inviando contributi alla relazione e partecipando alla stesura, revisione e lettura critica della suddetta relazione [10].

Per il monitoraggio del consumo di alcol e degli outcome di salute, l'ONA-ISS utilizza indicatori originali e specifici, costruiti e validati attraverso l'applicazione delle norme del Piano Statistico Nazionale che permettono di andare oltre la semplice registrazione del consumo medio pro-capite di alcol, producendo dettagliati flussi informativi nazionali e regionali. Attraverso il sistema di monitoraggio SISMA è possibile misurare le abitudini di consumo delle bevande alcoliche e le quantità consumate per la popolazione di età superiore a 11 anni (Indicatori Gruppo 1), il consumo medio pro-capite (Indicatori Gruppo 2), il carico di mortalità legato al consumo di alcol per la popolazione di età superiore a 15 anni (Indicatori Gruppo 3), e i servizi preposti alla presa in carico dei soggetti alcol dipendenti (Indicatori Gruppo 4) [11].

La fonte dei dati utilizzata per gli indicatori del sistema SISMA per misurare le abitudini di consumo delle bevande alcoliche e le quantità consumate per la popolazione di età superiore a 11 anni è l'Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana" dell'Istituto Nazionale di Statistica- ISTAT i cui dati vengono rielaborati dall'ONA ISS attraverso l'utilizzo di indicatori ad hoc [10, 12].

Il monitoraggio alcol-correlato SISMA consente di stimare i consumatori dannosi, sulla base dei dati dell'indagine multiscopo delle famiglie, che sono a tutti gli effetti da considerarsi "in need for treatment" ai sensi del DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition) [13] e assimilati clinicamente all'alcol dipendente e quindi da prendere in carico dai servizi territoriali e che si aggiungono agli alcol dipendenti già in carico ai servizi e rilevati attraverso le schede ALC raccolte dal Ministero della Salute.

Risultati

Da quanto elaborato dal SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato – SISMA, (DPCM 3/3/2017), a cura dell'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute sui dati trasmessi dai servizi di alcologia

raccolto dal sistema di rilevazione, al 31.12.2020 sono 487 i servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza a livello nazionale (34 in più rispetto alle rilevazioni pervenute nel 2019) [5, 14].

Nonostante l'incremento del numero delle strutture, nel 2020 è proseguito e si è consolidato il calo degli utenti che si rivolgono ai servizi (o di cui è richiesta la presa in carico da parte dei servizi stessi) attestandosi a 64.527 rispetto ai 65.387 nel 2019 (Figura 1). Quest'ultimo fenomeno è verosimilmente, almeno in parte, da attribuirsi alla chiusura dei servizi in lockdown e alle restrizioni di accesso imposte dalla pandemia COVID-19.

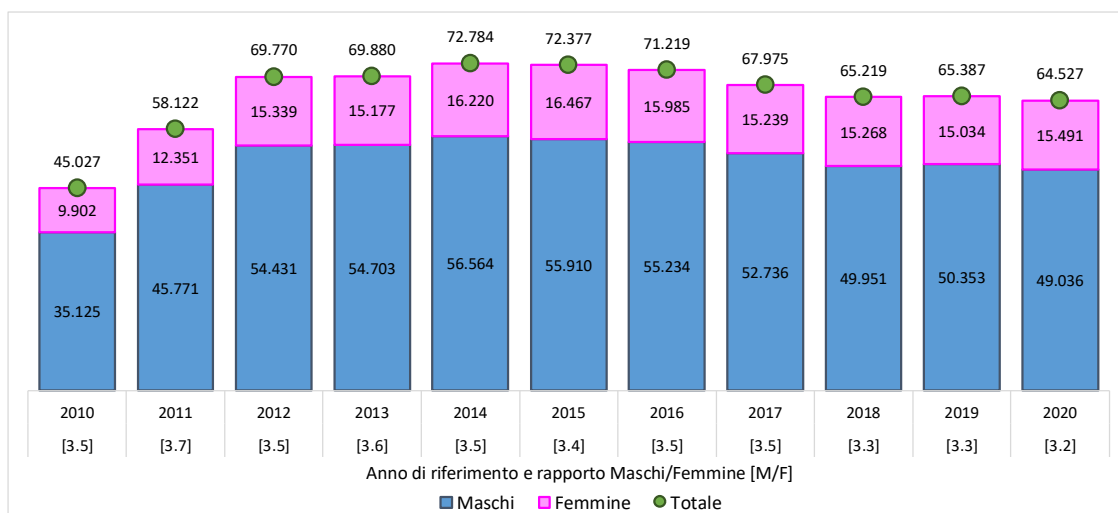


Figura 1. Numero di utenti per sesso in carico ai servizi per l'alcoldipendenza (2010-2020)

Fonte: Elaborazione SISMA a cura ISS e

Ministero della Salute sui dati trasmessi dai Servizi di Alcologia, 2020 [5, 14]

Considerato questo dato, in aggiunta al forte aumento (+24%) dei consumatori dannosi di bevande alcoliche dai 670.000 del 2019 agli 830.000 del 2020 (Figura 2), tenuto conto della necessità di gestione clinica di un Disturbo da Uso di Alcol (DUA) di pazienti da riferire ai servizi territoriali per le dipendenze, ne deriva che il 92,2 % di coloro già "in necessità di trattamento" non è intercettato, identificato e non è stato inserito in nessun percorso di disassuefazione e riabilitazione. Allo stato attuale, pur a distanza dal lockdown, meno di un paziente su dieci affetti da Disturbo da Uso di Alcol riceve o è supportato da alcun tipo di adeguato intervento clinico, farmacologico, bio-psico-sociale e soggetto a progressione del danno e complicanze che incrementano il rischio di disabilità, comorbilità, mortalità.

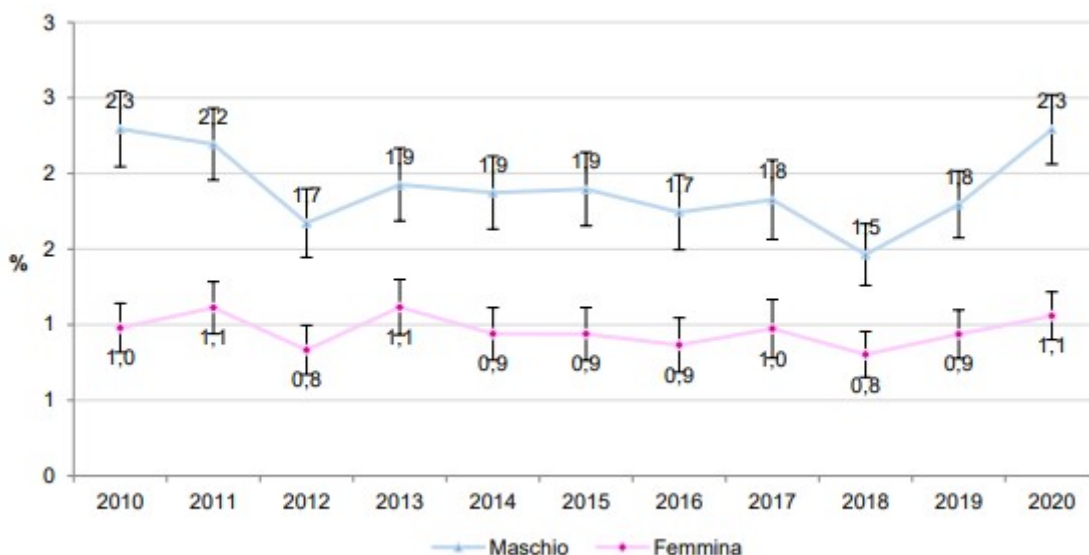


Figura 2. Prevalenza di consumatori dannosi per genere.

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS e WHO CC su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie [14]

Solo il 24% dell'utenza complessiva è rappresentato nel 2020 da nuovi utenti (15.491), quota leggermente aumentata rispetto al 2019 (15.034) ma significativamente distante dagli obiettivi di un necessario sostanziale incremento dei nuovi pazienti in necessità di trattamento. Il rapporto maschi/femmine è pari a 3,2 per il totale degli utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti, che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati). Circa il 74,3% dei pazienti con alcoldipendenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,1% dei soggetti trattati, e la quota degli individui di più di 60 anni è pari al 18,7%. I nuovi utenti sono più giovani di quelli già in carico o rientrati.

Tra gli utenti in carico ai servizi, la bevanda alcolica di riferimento maggiormente consumata è il vino (46,3%), seguito a distanza dalla birra (29,2%), dai superalcolici (10,7%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,9%).

Analizzando i programmi d'intervento è oggettivo il riscontro di estrema variabilità regionale del trattamento erogato con non valutabili esiti nel merito dell'efficacia del trattamento. In media, il 32,0% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,7% al "counselling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 3,6% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 16,6% è stato garantito un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 3,0% degli alcoldipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 13,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,2% del totale degli utenti rilevati.

L'esperienza sul territorio rivela che la maggior parte dei casi giunge all'attenzione dei servizi in fase avanzata di malattia a testimonianza della carenza della rete d'identificazione del rischio alcol-correlato

nei setting di assistenza sanitaria primaria che dovrebbe ricomprendere in una rete curante adeguati programmi per l'identificazione precoce, condivisi e omogenei sul territorio nazionale, attuati da tutte le professionalità che possono effettuare attività di screening tramite AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) nella popolazione generale afferente agli studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, dei Medici Competenti nei luoghi di lavoro, del personale sanitario impegnato nei consultori e nei dipartimenti di prevenzione inclusa quella scolastica, non trascurando i supporti digitali e la e-health, prevedendo percorsi del SSN formalizzati per la verifica specialistica in soggetti verificati ad alto rischio e l'invio ai servizi secondo protocolli standardizzati [5, 15-26].

Dai dati del 2020, la pandemia ha accentuato lo stigma per le persone affette da Disturbi da Uso di Alcol e alcoldipendenza [27,28]. A tal riguardo, e per venire incontro allo stato di emergenza, la Società Italiana di Alcologia ha pubblicato un "position paper" per fornire agli specialisti del settore gli strumenti adeguati a gestire al meglio i pazienti con AUD e COVID-19, considerando alcune tra le tematiche più importanti:

- a) la suscettibilità di pazienti AUD all'infezione;
- b) l'interazione farmacologica tra i farmaci usati per il trattamento dell'AUD e per il trattamento del COVID-19;
- c) la riorganizzazione dei centri per il trattamento delle dipendenze da alcol e per la gestione dei pazienti affetti da AUD nell'era COVID-19 (attività di gruppo, telemedicina, cure ambulatoriali, epatopatie alcol-correlate e trapianto di fegato, raccolta campioni);
- d) la vaccinazione dei soggetti affetti da AUD e SARS-CoV-2 [28].

È obiettivo di salute sostenibile (SDGs), come riportato nell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, garantire all'universo sommerso di consumatori dannosi di bevande alcoliche accesso e disponibilità ad interventi assicurati dai servizi di diagnosi, cura e riabilitazione che sono parte attiva nell'intercettazione e nell'erogazione di una forma di trattamento in grado di arrestare la progressione del danno o di prevenire le complicanze e un'evoluzione verso forme più complesse di dipendenza. La lotta alle disuguaglianze realizzate da mancati interventi richiede la necessità e l'urgenza di linee guida, prassi, procedure, riorganizzazione funzionale e strutturale dei servizi del SSN con gestione omogenea sull'intero territorio nazionale al fine di assicurare un'assistenza centrata sulla persona, dando voce all'esigenza di empowerment che è segno di attenzione e sensibilità per le condizioni di salute mentale meno trattate al mondo e nel nostro Sistema sanitario nazionale: il Disturbo da Uso di Alcol e l'alcoldipendenza.

Per Corrispondenza

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia. E-mail: emanuele.scafato@iss.it

Bibliografia

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018.
https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/
2. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Copenhagen (Denmark): WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/411418/Alcohol-consumption-harm-policy-responses-30-European-countries-2019.pdf
3. Italia. Decreto Ministeriale 4 settembre 1996 "Rilevazione di attivita' nel settore dell'alcooldipendenza". Gazzetta Ufficiale n. 248, 22 ottobre 1996
4. Italia. Legge 30 marzo 2001, n.125. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati. Gazzetta Ufficiale n. 90, 18 aprile 2001
5. Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 6 "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". Anno 2021. Roma: Ministero della Salute; Marzo 2022. Disponibile all'indirizzo:
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3202_allegato.pdf
6. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie generale - n. 109, 12 maggio 2017.
7. Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2020-2022. Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo:
<http://www.sistan.it/index.php?id=592> ultima consultazione 24.02.2022.
8. Istituto Nazionale di Statistica. Il consumo di alcol in Italia – Periodo di riferimento anno 2019. Tavole di dati. Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/244222> ; ultima consultazione 23.02.2022. Ministero della salute. Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari. 2007; https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf
9. Istituto Nazionale di Statistica. Indagine multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana. Informazioni sulla rilevazione. Roma: ISTAT; 2022. Disponibile all'indirizzo:
<https://www.istat.it/it/archivio/91926>
10. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M. 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. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021 (Rapporti ISTISAN 21/7).
11. World Health Organization. Regional Office for Europe. Policy in action - A tool for measuring alcohol policy implementation. Copenhagen (Denmark): WHO; 2017. Disponibile

- all'indirizzo:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/339837/WHO_Policy-in-Action_indh_VII-2.pdf?ua=1 . Edizione italiana a cura di Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Osservatorio Nazionale Alcol, WHO Collaborating Centre for Research on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Centro Nazionale Dipendenze e Doping. Policy in action. Uno strumento per misurare l'implementazione delle politiche sull'alcol" Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/policy-in-action>
12. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Istat - Siqua. Sistema informativo sulla qualità [Online]. Disponibile all'indirizzo: <http://siqua.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=0058000>
 13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR); Arlington, VA: APA; 2022.
 14. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M. 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. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022 (Rapporti ISTISAN 22/1).
 15. Scafato E e il gruppo di lavoro IPIB* (Ed) *E Scafato, V Patussi, L Mezzani, I Londi, T Codenotti, C Gandin, L Galluzzo, M Di Rosa, S Bruni, E Vanni, S Ghirini, S Martire, L Di Pasquale, A Scafato, N Parisi, E Chessa, R Scipione e R Russo. 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. Traduzione e adattamento di: Gual A, Anderson P, Segura L, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Training Programme on Identification and Brief Interventions. Roma: Centro Stampa De Vittoria; 2008
 16. Scafato E, Gandin C, Patussi V, Gruppo di lavoro IPIB (ed.) L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. Progetto PHEPA. Traduzione e adattamento di: Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. PHEPA project. Roma: Centro Stampa De Vittoria; 2009. Disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf
 17. 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.
 18. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Cuffari A. A survey on the early identification and brief intervention for hazardous and harmful alcohol consumption in the primary health care: the European Alcohol Measures for Public Health Research Alliance (Amphora) project. *Addiction science & clinical practice* 2013;8(1 Suppl):A66. DOI: 10.1186/1940-0640-8-S1-A66

19. 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.
20. Anderson P, Wojnar M, Jakubczyk A, Gual A, Segura L, Sovinova H, Csemy L, Kaner E, Newbury-Birch D, Fornasin A, Struzzo P, Ronda G, van Steenkiste B, Keurhorst M, Laurant M, Ribeiro C, do Rosário F, Alves I, Scafato E, Gandin C, Kolsek M. Managing alcohol problems in general practice in Europe: results from the European ODHIN survey of general practitioners. *Alcohol Alcohol*. 2014 Sep-Oct;49(5):531-9.
21. 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, Van Schayck O, 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(1 Suppl):A67. DOI: 10.1186/1940-0640-8-S1-A67
22. Angus C, Scafato E, Ghirini S, Torbica A, Ferre F, Struzzo P, Purshouse R, Brennan A. Costeffectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy. *BMC family practice* 2014;15(1):26.
23. Scafato E, Gandin C, Martire S, Galluzzo L, Gruppo di Lavoro BISTAIRS. Identificazione precoce e intervento breve nel trattamento dei disordini alcol-correlati: raccomandazioni e linee guida del progetto BISTAIRS. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Rapporti ISTISAN 16/5)
24. 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. Disponibile all'indirizzo:
<http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf>
25. Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Scipione R e Scafato 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). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017. (Rapporti ISTISAN 17/2)
26. Gandin C, Basalice 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; 2021. (Rapporti ISTISAN 21/18)
27. Matone A, Ghirini S, Gandin C and Scafato E. Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. *Ann Ist Super Sanità* 2022; 58(1): 6-15
28. Testino G, Vignoli T, Patussi V, Amendola MF, Aricò S, Basalice A, Balbinot P, Campanile V, Fanucchi T, Greco G, Macciò L, Meneguzzi C, Mioni D, Palmieri V.O., Parisi M, Renzetti D, Rossin R, Gandin C, Bottaro L.C., Zoli G, Scafato E, Caputo F Alcohol use disorders in the COVID-19 era:

position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA). *Addict Biol.* 2022 Jan;27(1): e13090. doi: 10.1111/adb.13090. Epub 2021 Sep 16

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

**GLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO E LE DIMISSIONI OSPEDALIERE IN
SOGGETTI CON DISTURBI DA USO DI ALCOL: L'IMPORTANZA DELL'AGGANCIO
IN PRONTO SOCCORSO E DELLE COLLABORAZIONI TRA OSPEDALE E
TERRITORIO**

Riassunto

Il pronto soccorso ed i reparti di degenza sono contesti a cui afferiscono soggetti con disturbi da uso di alcol ove almeno una diagnosi principale o secondaria è totalmente attribuibile all'alcol in fase acuta o cronica riacutizzata.

L'articolo riassume gli accessi al pronto soccorso e le dimissioni ospedaliere in soggetti con disturbi da uso di alcol del sistema EMUR (EMergenza-URgenza) del Ministero della Salute (DM 17/12/2008, a regime dal 01/01/2012) sui dati trasmessi per la relazione al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.03.2001 n.125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati" in funzione anche a quanto verificatosi durante l'emergenza COVID-19. Nel 2020 sono 29.362 gli accessi al pronto soccorso e 43.445 le dimissioni ospedaliere per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol con forte riduzione della fruizione delle strutture e prestazioni sanitarie influenzata dalla carenza di posti letto negli ospedali e dalla restrizione agli accessi in PS per l'emergenza COVID. I pazienti hanno sofferto ovunque della sospensione prolungata delle attività ordinarie e di screening delle patologie croniche e alcol-correlate. L'8% di tutti gli accessi maschili al Pronto Soccorso e il 18% di quelli femminili ha riguardato 3.103 minori per intossicazione alcolica o per effetti dannosi dell'alcol, complessivamente l'11% del totale. Permane il riscontro dell'assenza di modalità formalizzate e uniformi di case management dei minori intossicati, dimessi dopo la disintossicazione e la fase acuta senza alcun invio per valutazioni di merito. Analogamente, nel 2020 c'è stata una forte contrazione dei ricoveri e quindi delle dimissioni ospedaliere durante la pandemia (-20%) sia per le epatopatie croniche che per le sindromi da dipendenza e da disturbi da uso di alcol. Nell'era post-COVID risulta urgente avviare programmi sistematici per l'identificazione precoce e l'intervento breve dei soggetti affetti da disturbi da uso di alcol prima della dimissione dal pronto soccorso, assicurando la formazione dei professionisti sanitari nel setting dell'emergenza e del pronto soccorso. Risulta inoltre indispensabile promuovere una rete territoriale e assicurare protocolli d'invio secondo linee guida, adattabili al contesto territoriale, ma uniformi sul territorio nazionale.

Parole Chiave

Pronto soccorso ed emergenza, monitoraggio, disturbi da uso di alcol

Abstract

The emergency room and hospital wards are contexts to which people with alcohol use disorders belong where at least one main or secondary diagnosis is totally attributable to alcohol in an acute or chronic flare-up phase. The article summarizes access to the emergency room and hospital discharges in subjects with alcohol use disorders of the EMUR system (EMergenza-URgenza) of the Ministry of Health (Ministerial Decree 17/12/2008, effective from 01/01/2012) on the data transmitted for the report to Parliament on the interventions carried out pursuant to law no. 125 of 30.03.2001 "Framework law on alcohol and alcohol-related problems" also in relation to what occurred during the COVID-19 emergency. In 2020 there were 29,362 accesses to the emergency room and 43,445 hospital discharges for diagnosis totally attributable to alcohol with a strong reduction in the use of facilities and health services influenced by the shortage of beds in hospitals and by the restriction of access to emergency rooms for the emergency COVID. Patients everywhere suffered from prolonged suspension of routine activities and screening for chronic and alcohol-related diseases. 8% of all male accesses to the emergency room and 18% of female ones involved 3,103 minors due to alcoholic intoxication or the harmful effects of alcohol, a total of 11% of the total. There is still evidence of the absence of formalized and uniform case management methods for intoxicated minors, discharged after detoxification and the acute phase without being sent for merit assessments. Similarly, in 2020 there was a sharp decline in hospitalizations and therefore hospital discharges during the pandemic (-20%) for both chronic liver disease and addiction syndromes and alcohol use disorders. In the post-COVID era, it is urgent to launch systematic programs for the early identification and brief intervention of subjects suffering from alcohol use disorders before discharge from the emergency room, ensuring the training of health professionals in the emergency and health care setting. emergency room. It is also essential to promote a territorial network and ensure sending protocols according to guidelines, adaptable to the territorial context, but uniform throughout the country.

Keywords

First aid and emergency, monitoring, alcohol use disorders

Introduzione

Il consumo di alcol è un importante problema di salute pubblica. Nel mondo circa 3 milioni di persone muoiono ogni anno a causa del consumo dannoso di alcol (il 5.3% di tutte le morti). Complessivamente, il consumo dannoso di alcol è responsabile del 5,1% del carico globale di malattie e la Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) ha la più alta percentuale di bevitori e il più alto consumo di alcol nel mondo. Nella Regione europea della WHO si stima che il 62,3% della popolazione adulta ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'ultimo anno e che il consumo di alcol è causa di quasi un milione di morti ogni anno, pari a circa 2500 morti al giorno (di cui una su quattro è un giovane artefice o vittima di un incidente stradale causato dall'alcol alla guida, prima causa di morte prematura in Italia e in Europa, di malattia di lunga durata o di disabilità tra i giovani maschi di età compresa tra i 14 e i 28 anni di età). L'alcol ha un impatto causale su più di 200 condizioni e malattie, tra cui molti infortuni e lesioni con un'inevitabilmente impatto sul lavoro dei dipartimenti di emergenza e pronto soccorso, riconosciute nella classificazione internazionale delle malattie della WHO, e circa 40 di queste sono del tutto attribuibili al consumo di alcol. La WHO ha stimato infatti che il 29% dei decessi alcol-correlati sono da patologie oncologiche, il 20% per cirrosi epatica, il 19% per malattie cardiovascolari e infine il 18% per incidenti. Si stima inoltre che, nello stesso anno, 7,6 milioni di anni siano stati persi prematuramente a causa del consumo di alcol [1-5].

Nell'ultimo ventennio, numerose sono state le iniziative europee di contrasto al consumo dannoso di alcol promosse dalla Commissione Europea e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità supportate anche a livello internazionale. Tali documenti, acquisiti dai diversi documenti strategici nazionali, quali il Piano Nazionale Alcol e Salute e i Piani Nazionali Prevenzione, sottolineano l'importanza di attuare misure preventive a diversi livelli e in contesti diversi oltre a quello dell'assistenza sanitaria primaria per consentire l'identificazione più precoce possibile di soggetti non ancora dipendenti da alcol, facilitarne un cambiamento comportamentale verso uno stile di vita sano ed evitare che con il tempo sviluppino un disturbo da uso di alcol.

Per quanto riguardano gli accessi al pronto soccorso e le dimissioni ospedaliere per disturbi da uso di alcol in Italia, il loro monitoraggio è un'attività che rientra tra quelle valutate e riportate annualmente a norma di legge dal Ministro della Salute in Parlamento ai sensi della Legge 125/2001 [6-7]. Il pronto soccorso è da tempo identificato come una porta d'ingresso al sistema sanitario per molti soggetti affetti da disturbi da uso di alcol. In altre parole, l'accesso al pronto soccorso può essere visto come un'opportunità per identificare tali pazienti e inviarli alle attività dei servizi territoriali per eventuali cure il più precocemente possibile. Questo contributo sintetizza il monitoraggio degli accessi al pronto soccorso e le dimissioni ospedaliere in soggetti con disturbi da uso di alcol nel corso del 2020, l'anno della pandemia, e richiamerà l'attenzione all'importanza dell'aggancio in pronto soccorso e al ruolo fondamentale delle collaborazioni tra ospedale e territorio nel contrasto del consumo dannoso di alcol [8,9].

Metodologia

Per la stesura della suddetta relazione, che sintetizza ogni anno trend, le attività svolte e le principali criticità, il Ministero della Salute si avvale di un gruppo di lavoro multidisciplinare al quale partecipa anche l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) [7].

Per quanto riguarda la raccolta dei dati relativi agli accessi in Pronto Soccorso per patologie causate dall'uso di alcol e le dimissioni ospedaliere, tali dati sono forniti dal sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza EMUR [10] del Ministero della Salute, a regime dal 2012 [11] che considera tutti i casi con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol.

Tale sistema informativo nasce con la finalità di supportare il coordinamento integrato dei servizi svolti sul territorio dal Sistema 118 e nell'ambito ospedaliero dal Pronto Soccorso, e a favorire una sempre maggiore tempestività ed efficacia dell'intervento, oltre a garantire la continuità assistenziale delle cure a beneficio dell'assistito.

Gli accessi al Pronto Soccorso in Italia per patologie causate dall'uso di alcol si riferiscono allo stato attuale a quelle dei codici ICD-9 [12].

Risultati

Pronto Soccorso

Nel corso del 2020 si sono verificati 29.362 accessi in Pronto Soccorso (rispetto a 43.148 nel 2019) con diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi, il 71% erano maschi e il restante 29% femmine [7].

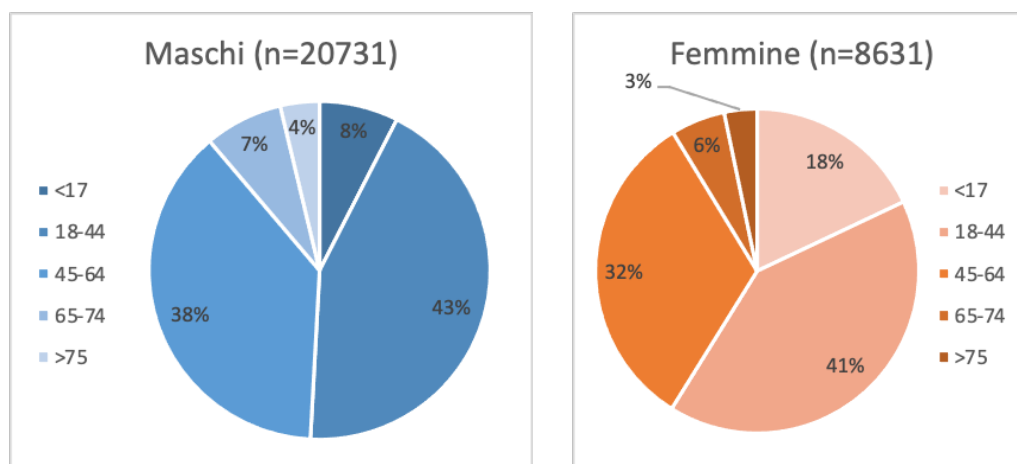


Figura 1. Accessi in pronto soccorso per età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol – ANNO 2020

La distribuzione per fasce d'età mostra che la maggior parte degli accessi si riferisce a persone tra i 25 e i 64 anni per entrambi i generi, ma non hanno escluso i minori, 1.550 maschi e 1.553 femmine pari all'8% e al 18% rispettivamente del totale (Figura 1).

La distribuzione dei tassi di accesso, calcolati sulla popolazione residente, mostra un'elevata variabilità tra regioni all'interno di ciascuna classe d'età considerata. Con riferimento ai maschi, nelle classi 18-24 e 25-

44 si evidenziano I tassi di accesso più elevati nella P.A. di Bolzano e nelle regioni Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Marche; per la classe 65-74 anni, si evidenziano tassi di accesso più elevati rispetto al valore medio nazionale nella P.A. di Bolzano e in Friuli-Venezia Giulia.

Al 16% degli accessi in pronto Soccorso è stata assegnata una diagnosi principale di abuso di alcol non specificato, al 15% una diagnosi di abuso di alcol episodico, mentre al 13% una diagnosi di effetti tossici dell'alcol etilico.

Ospedalizzazioni

La tossicità dell'alcol è causa di danni diretti a molte cellule dell'organismo, soprattutto quelle del fegato e del sistema nervoso centrale, specie connessi allo stato d'intossicazione causato dall'alcol ma, in causa di danno cronico e persistente, a numerose patologie che richiedono frequentemente il ricorso alle cure ospedaliere. Il flusso informativo relativo alle dimissioni ospedaliere (SDO), rileva la diagnosi principale alla dimissione del paziente, ossia la principale responsabile delle cure erogate in regime di ricovero e diagnosi secondarie concomitanti.

Nel 2020 si sono registrate 43.445 dimissioni ospedaliere (in diminuzione rispetto alle 54.001 del 2019), a causa di una patologia attribuibile all'alcol, o come diagnosi principale di dimissione, o come una delle diagnosi secondarie, che coesistono al momento del ricovero e che influenzano il trattamento terapeutico somministrato con la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (58,2% delle dimissioni rispetto al 55,9% del 2019) e delle sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriachezza acuta in corso di alcolismo), alcolismo cronico e dipsomania (19,6%). I ricoveri per uso dannoso di alcol, effetti postumi all'eccessiva assunzione più o meno occasionale di alcol, *hangover*, ebbrezza ed ubriachezza, si collocano al terzo posto (16,3%) senza variazioni percentuali rispetto al 2019 [7].

La distribuzione delle dimissioni per genere evidenzia una netta prevalenza dei ricoveri maschili (77,4%) rispetto a quelli femminili (22,6%). Le patologie epatiche croniche sono state diagnosticate più frequentemente nei maschi che nelle femmine (61,4% vs 47,2%), le sindromi da dipendenza da alcol risultano meno frequenti nei maschi rispetto alle femmine, rispettivamente 18,2% vs 24,1% mentre l'abuso di alcol la causa più frequente di ricovero per le donne (23,1 %) rispetto agli uomini (14,3%).

Dal 2011 al 2020 si è assistito ad una progressiva riduzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per entrambi i sessi: il trend temporale, da una riduzione più o meno costante di circa il 2% annuo dal 2011 ha mostrato una forte contrazione dei ricoveri di circa il 20% nel 2020 rispetto all'anno precedente (Figura 2).

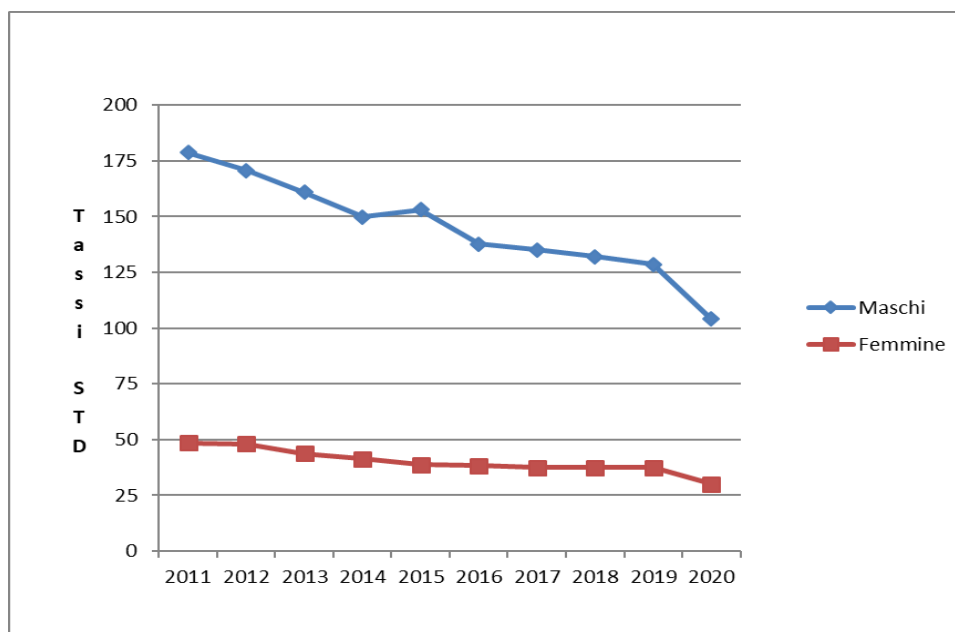


Figura 2. Trend dei tassi (STD) di dimissione (x100.000 residenti) con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) Anni 2011-2020

Il tasso standardizzato di ricovero ospedaliero caratterizzato da diagnosi totalmente alcol-attribuibili è di 66,9 ricoveri per 100.000 residenti. Il 75,5% dei ricoveri in regime ordinario avvengono per urgenza, di cui 1,1% è costituito dai ricoveri per trattamento sanitario obbligatorio (TSO), mentre il restante 24,5% è costituito da ricoveri programmati, non urgenti.

Discussione

A causa della pandemia da nuovo Coronavirus, nel 2020 si è avuta una drastica riduzione del numero complessivo dei ricoveri ospedalieri con ripercussioni sugli screening, sulla continuità assistenziale e i livelli essenziali di assistenza minati dalla prolungata inaccessibilità delle strutture con liste di attesa che è urgente provvedere a smaltire attraverso più opportuna riprogrammazione delle risorse a disposizione. Ciò ha ovviamente peggiorato un quadro già noto

Mancano a livello territoriale protocolli di *case management* per garantire vera tutela al minore disintossicato e rimandato a casa ma non indirizzato ad alcuna competenza specifica di valutazione di merito in grado di poter prospettare un eventuale intervento di counselling. Ciò si traduce nel mancato aggancio in Pronto Soccorso per una problematica correlata all'alcol in fase acuta, mentre sarebbe fondamentale disporre l'attivazione di competenze collaborative con dipartimenti competenti della stessa struttura ospedaliera e con il territorio (Centri Alcolologici e Ser.D).

A questo riguardo, il pronto soccorso è da tempo identificato come una porta d'ingresso al sistema sanitario per molti soggetti affetti da disturbi da uso di alcol. In altre parole, l'accesso al pronto soccorso può essere visto come un'opportunità per identificare tali pazienti e inviarli alle attività dei servizi territoriali per eventuali cure il più precocemente possibile [13]. Sul tema specifico, l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità partecipò al progetto europeo BISTAIRS (*Brief InterventionS in the*

Treatment of Alcohol use disorders In Relevant Settings) finalizzato a facilitare l'implementazione dell'Identificazione precoce e l'intervento breve (IPIB) nei disordini alcol-correlati in un'ampia gamma di contesti oltre all'ambito dell'assistenza sanitaria primaria che includevano l'emergenza ed il pronto soccorso con una serie di evidenze e raccomandazioni. Secondo il progetto BISTAIRS, sebbene le evidenze di base mostrassero ancora dati contrastanti sull'implementazione dell'IPIB sul consumo dannoso di alcol in emergenza (a causa delle difficoltà interpretative dei risultati nell'emergenza e pronto soccorso legate alla grande eterogeneità clinica tra gli studi pubblicati in questo contesto, per le piccole dimensioni degli studi che non hanno ancora fornito elementi validi di giudizio rispetto all'efficacia) tali interventi sembrerebbero un buon approccio per agganciare i giovani adulti altrimenti non raggiungibili, ed indirizzarli, se necessario a trattamenti specialistici. Di seguito sono riportate le raccomandazioni emerse dalle attività svolte [14-15]:

Raccomandazioni per gli operatori

- Sebbene con una base di evidenze non sempre coerenti e/o conclusive, tutti gli adulti (>18 anni) afferenti all'area dell'emergenza e pronto soccorso a seguito di un infortunio dovrebbero ricevere un foglietto illustrativo "informativa" sul consumo rischioso sulla base di linee guida nazionali e dovrebbero essere informati sulla disponibilità di applicazioni informatizzate via internet (*e-health* e *m-health*) per il consumo rischioso/dannoso di alcol.

Raccomandazioni per la ricerca futura

- La ricerca futura dovrebbe esplorare la presenza degli effetti dell'IPIB escludendo gli effetti confondenti quali il miglioramento anche nei gruppi di controllo (lo screening, l'autovalutazione ed il feedback sui livelli di consumo hanno di per se un effetto sul consumatore a rischio quando rilasciato in un "momento educativo" quale quello dopo un incidente alcol-correlato?).
- La ricerca futura dovrebbe analizzare l'eterogeneità clinica degli studi in emergenza ed analizzare i fattori ostacolanti e facilitanti l'implementazione dell'IPIB in questo contesto.

Dall'esperienza sul campo nel corso del progetto BISTAIRS rispetto al contesto dell'emergenza e pronto soccorso è emerso che:

- La mancanza di formazione sulle PPAC e di tempo sono le principali barriere all'implementazione dell'IPIB in emergenza.
- Gli interventi attuali sui DUA sono focalizzati esclusivamente su casi acuti (intossicazioni) e severi (alcol dipendenza).
- Mancanza di protocolli di trattamento (ad eccezione dell'intossicazione acuta) e di continuità di cure (alla dimissione dall'emergenza) e mancanza di programmi standardizzati.
- L'IPIB è considerato da molti incompatibile con l'emergenza per l'elevato investimento di tempo ed i bassi risultati percepiti (grosso impegno/ basso risultato o risultati a lungo termine).

- Lo stato di salute del paziente in pronto soccorso può interferire con le attività IPIB (confusione, perdita di coscienza, ecc).
 - Il cambiamento rispetto all'implementazione dell'IPIB in emergenza potrebbe essere supportato rivolgendo l'attenzione al coinvolgimento di giovani medici ed infermieri.
 - In emergenza afferiscono situazioni complesse legate all'alcol che richiedono risposte adeguate.
- Secondo l'opinione di esperti, l'IPIB come primo aggancio a pazienti afferenti al pronto soccorso dovrebbe essere fornito dai professionisti dell'emergenza stessi, soprattutto i medici, ma anche gli infermieri potrebbero essere coinvolti nelle attività di screening e di intervento breve in emergenza, fatta eccezione per l'eventuale invio a struttura specialistica. Diversamente, il coinvolgimento di altro personale, ad esempio quello d'accettazione dell'emergenza, non è raccomandato nella fornitura dell'IPIB se non per la distribuzione di strumenti di autovalutazione sebbene, anche quest'ultimo riguardo non sia stato raggiunto un consenso.

Inoltre:

- Tutti i pazienti che afferiscono ad una struttura d'emergenza dovrebbero essere sottoposti di routine a screening.
- In questo contesto la raccolta di informazioni dai partner e altri familiari sul consumo è ricevuta importante.
- Lo screening opportunistico dei pazienti afferenti all'emergenza, la disponibilità di materiali di autovalutazione in sala d'attesa non ha raggiunto un consenso.

Bisogni dei professionisti per implementare l'IPIB

- Maggiore e migliore formazione dei professionisti dell'emergenza nelle abilità IPIB a partire dalle scuole mediche sottolineando l'evidenza di efficacia e costo-efficacia.
- L'implementazione dell'IPIB in emergenza dovrebbe essere parte di una strategia nazionale sull'alcol da parte del Governo, assegnando più tempo e risorse.
- Disponibilità di strumenti di screening e tecniche semplici d'intervento breve.
- Come per il PHC, stabilire legami con i centri di alcolologia e favorire l'invio di pazienti alle suddette strutture sulla base di un chiaro protocollo di riferimento.
- Contrariamente al PHC, sviluppare interventi elettronici tramite applicazioni e-Health m-Health in emergenza ha raggiunto un consenso.

Conclusioni

Nel 2020, anno della pandemia da COVID-19, c'è stata una forte contrazione degli accessi al pronto soccorso e dei ricoveri e quindi delle dimissioni ospedaliere sia per le patologie acute che per le epatopatie croniche, le sindromi da dipendenza e da disturbi da uso di alcol.

Nell'era post-COVID risulta urgente avviare programmi sistematici per l'identificazione precoce e l'intervento breve dei soggetti affetti da disturbi da uso di alcol prima della dimissione dal pronto soccorso, assicurando la formazione dei professionisti sanitari nel setting dell'emergenza e del pronto soccorso. Risulta inoltre indispensabile promuovere una rete territoriale e assicurare protocolli d'invio secondo linee guida, adattabili al contesto territoriale, ma uniformi sul territorio nazionale.

Per Corrispondenza

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcolologia. E-mail: emanuele.scafato@iss.it

Bibliografia

1. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018. https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/
2. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Copenhagen (Denmark): WHO; 2019. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/411418/Alcohol-consumption-harm-policy-responses-30-European-countries-2019.pdf
3. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development (2020). Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainabledevelopment-factsheet-eng.pdf
4. Cogliano VJ, Baan R, Straif K, Grosse Y, Lauby-Secretan B, El Ghissassi F et al. Preventable exposures associated with human cancers. J Natl Cancer Inst. 2011;103(24):1827-39.
5. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Policy brief: tackling harmful alcohol use. Paris: OECD Publishing; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://www.oecd.org/els/healthsystems/Policy-Brief-Tackling-harmful-alcohol-use.pdf>
6. Italia. Legge 30 marzo 2001, n.125. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati. Gazzetta Ufficiale n. 90, 18 aprile 2001
7. Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 6 "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". Anno 2021. Roma: Ministero della Salute; Marzo 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3202_allegato.pdf
8. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Accessi al Pronto Soccorso per patologie alcol-correlate. Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping – ISS, 15 marzo 2022 (Factsheet) <https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/5%20FINALE%20Factsheet%20PS%20e%20ospedali%20CNA%202022%20SCAFATO.pdf>
9. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M. 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. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022 (Rapporti ISTISAN 22/1).
10. Italia. Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008. "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza". G.U. Serie Generale, n. 9 del 13 gennaio 2009

11. Italia. Decreto Ministeriale 06 agosto 2012 "Modifiche al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 17 dicembre 2008, recante "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza". (12A09189)" (G.U. Serie Generale , n. 196 del 23 agosto 2012)
12. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9)
13. D'Onofrio GD, Pantaloni MV, Degutis LC, et al. Development and implementation of an emergency department practitioner performed brief intervention for hazardous and harmful drinkers in the emergency department. Acad Emerg Med. 2005;12(3):249-56
14. Gandin C, Schmidt C, Schulte B and 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, 2015 disponibile all'indirizzo: http://www.bistairs.eu/material/D6_guidelines_ASBI.pdf
15. 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. 2016. Rapporto ISTISAN 16/5

Silvia Formentin, PhD, Dirigente psicologo, Dipartimento Dipendenze, Aulss 6 Euganea, Serd UOC Padova e Piove di Sacco

Alessia Grigolin, Educatore Professionale socio-sanitario, Dipartimento Dipendenze, Aulss 6 Euganea, Serd UOC Padova e Piove di Sacco

Mascia Ortolan, Dirigente Medico, Specialista in Psichiatria. Dipartimento Dipendenze Aulss 6 Euganea, Serd UOC Padova e Piove di Sacco

Serena Vicario, PhD, Assistente Sociale, Dipartimento Dipendenze Aulss 6 Euganea, Serd UOC Padova e Piove di Sacco.

Giancarlo Zecchinato, Specialista in Psichiatria, Direttore UOC Dipartimento Dipendenze, Aulss 6 Euganea.

Salvatore Lobello. Dirigente Medico, Gastroenterologo, Specialista in Scienze dell’Alimentazione. Direttore U.O.S. Alcolologia, Dipartimento Dipendenze Aulss 6 Euganea, Serd Padova e Piove di Sacco.

L’AVVIO DI UN NUOVO GRUPPO TERAPEUTICO PER GIOVANI IN RELAZIONE PROBLEMATICA CON L’ALCOL: LA REALIZZAZIONE DI UN EVENTO INAUGURALE ALLE ORIGINI DELLO SPAZIO MENTE-GRUPPO

Riassunto

Il lavoro descrive e analizza l’avvio di un nuovo gruppo terapeutico per giovani pazienti del Serd con problemi di alcol, che si intreccia con i primi passi del costituirsi di una nuova equipe terapeutica dedicata alle problematiche relative all’alcol. Attraverso la strutturazione di un evento inaugurale che vede l’articolarsi di tre sessioni di gruppo in una sequenza di azioni che prevede l’incontro tra il gruppo giovani e il gruppo equipe, si descrive il processo di nascita di un nuovo spazio mentale-gruppo dedicato al trattamento delle problematiche di alcol nei giovani. L’osservazione delle dinamiche gruppali di questo evento diventa l’occasione per riflettere su alcuni punti specifici: il processo di formazione della “pelle psichica” del gruppo; le tematiche nascenti di una nuova cultura gruppoale dedicata al problema dell’alcol nei giovani; le tecniche di conduzione più idonee a questo contesto, e il ruolo della co-progettazione pazienti ed equipe, al fine di costruire i presupposti per un investimento significativo nei confronti di una nuova realtà terapeutica gruppoale che accompagnerà il cambiamento dell’individuo.

Parole Chiave

mente gruppoale; processo nascente; co-progettazione; alcol dipendenza; giovani

Abstract

The work describes and analyses the start of a new outpatient therapeutic group for young patients with alcohol problems. The evolution of this group is intertwined with the first steps in setting up a new therapeutic team dedicated to alcohol-related issues. Through the structuring of an inaugural event that sees the articulation of three group sessions in a sequence of actions that includes the meeting between the youth group and the equipe-group, the process of birth of a new mental-group space is described to the treatment of alcohol problems in young people. Observing the group dynamics of this event becomes an opportunity to reflect on some specific points: the process of formation of the group's "psychic skin"; the emerging issues of a new group culture dedicated to the problem of alcohol in young people; the management techniques most suitable for this context, and the role of patient and team co-planning, in order to build the conditions for a significant investment in a new group therapeutic reality that will accompany the change of the individual.

Key Words

group mind; nascent process; co-design; alcohol addiction; young people

Introduzione

L'avvio di un gruppo terapeutico presuppone non solo il mettere insieme diversi individui a formare un cerchio, ma anche tenere a mente le condizioni affinché il gruppo possa essere vissuto e riconosciuto fin da subito come un tutto, un insieme che è "più della somma delle singole parti" [1] composto da una matrice dinamica che rende possibile una profonda trasformazione delle matrici personali [2]. Questo significa che il gruppo esiste non solo come entità concreta al di fuori dell'individuo, "out there", ma anche come presenza nella mente delle persone [3]. Il gruppo stesso non si limita ad essere un luogo nel quale pensare insieme, ma diviene uno spazio mentale comune con processi e meccanismi che vanno ad integrarsi nelle singole menti degli individui che lo compongono [4]. Il gruppo quindi, per nascere come contesto dotato di significato, deve anzitutto essere pensato, nasce nella mente delle persone, terapeuta, equipe, istituzione e pazienti insieme [5]

In questo lavoro si intende presentare un evento di gruppo che si è configurato come inaugurale all'avvio del primo gruppo terapeutico di un servizio per le dipendenze, dedicato ai giovani con problematiche di alcol, e che comincerà quattro settimane più avanti con un ciclo di dieci sedute (gruppo chiuso a termine) che verranno ripetute in ulteriori cicli, ciascuno dei quali sarà via via aperto all'aggiunta di nuovi membri. L'evento inaugurale è un'occasione di incontro tra giovani pazienti e l'intera equipe di alcologia del servizio ambulatoriale, e si è svolto nel corso di tre sessioni in un pomeriggio di settembre. Questo evento è stato voluto, pensato e progettato dall'equipe, proprio al fine di avviare la formazione di uno spazio mentale, nell'equipe e nei pazienti, dedicato al nuovo gruppo terapeutico.

In questa sede si intende proporre una riflessione sull'evento inaugurale, descriverne il setting e commentare la dinamica osservata lungo le tre sessioni al fine di mettere in luce gli aspetti che delineano la nascita di un pensiero comune all'interno dei confini di una nuova realtà gruppale che va delineandosi. Il pensiero nato nel gruppo verrà successivamente connesso con alcune riflessioni teoriche relative al rapporto tra alcol e giovani e verrà discussa l'importanza della co-partecipazione di pazienti ed equipe curante verso il formarsi di una mente-gruppo comune.

L'evento potrebbe quindi essere visto come il costituirsi di una prima forma di "pelle psichica" [6] che delimita il gruppo rispetto al sociale del quotidiano, permettendo lo sviluppo di una cultura e di un ethos con significative differenze rispetto a quelli che solitamente sono dominanti nella vita sociale o professionale [7, 8]. Il gruppo "mente pensante" [9] permette quindi di generare una cultura gruppale come terreno fertile per lo sviluppo, il cambiamento e la cura di un individuo, ma anche di una istituzione che sta cambiando, e che si sta interrogando su nuovi modi di incontrare il problema dell'abuso di alcol nei giovani.

L'evento ha permesso di avviare un processo autoriflessivo sia nell'equipe sia nei giovani pazienti per cui in questa sede si intende descrivere il processo osservato lungo le tre sessioni, con lo scopo di discutere i seguenti punti:

In che modo la costruzione del setting dell'evento ha permesso le prime forme della "pelle psichica" del gruppo;

Quali sono i contenuti emersi che sembrano gettare le basi di una cultura specifica di questo gruppo;
Quali sono le indicazioni utili per il terapeuta che condurrà il gruppo terapeutico con i giovani;
Quali sono i presupposti fondativi di una nuova clinica con i giovani con problemi alcol correlati?
Si partirà dal descrivere il setting, una breve presentazione dei partecipanti e le modalità di reclutamento, per proseguire poi con un breve riassunto di quanto accaduto nelle tre sessioni e delle dinamiche sottostanti.

Il reclutamento dei pazienti, scelte e strategie:

Questa iniziativa è stata proposta a giovani pazienti del servizio, in continuità al loro percorso cominciato, chi molto tempo prima, chi più di recente, per il problema dell'alcol. In coerenza con gli obiettivi dichiarati, si è ritenuto che le condizioni cognitive ed emotive per investire anche solo nella pensabilità e progettazione di un gruppo terapeutico sulla tematica del rapporto con l'alcol, potessero essere più disponibili in quei giovani che avevano cominciato a riconoscere e ad affrontare la sofferenza causata dal rapporto problematico con l'alcol e con la sobrietà. Se è vero che un gruppo terapeutico ha bisogno di un investimento significativo dei suoi partecipanti per divenire sempre più un oggetto a cui relazionarsi in modo profondo e garantirne quindi la sopravvivenza [10], è altrettanto importante, soprattutto in un servizio pubblico, che i futuri partecipanti possano vivere le condizioni di essere promotori e costruttori di questa realtà. Quest'ultimo aspetto è possibile quando il senso di costrizione alla cura (interno e/o esterno), premessa da cui frequentemente inizia la presa in carico nel servizio pubblico, diventa una motivazione personale alla cura. La motivazione personale a compiere uno sforzo per investire sul cambiamento spesso nasce anche nel contesto di una buona alleanza terapeutica con un curante o con il gruppo curante [11]. Per questo sono stati reclutati i pazienti che avevano maturato una motivazione nel corso di un percorso individuale con uno o più membri dell'equipe e che avessero già cominciato a lottare¹ contro le difficoltà di un percorso faticoso e sofferto.

Si è ritenuto che la proposta di partecipare ad un gruppo per questi pazienti potesse costituire un'ulteriore fase terapeutica di consolidamento nell'elaborazione della sofferenza causata dall'alcol e potesse permettere di riprendere un percorso maturativo attraverso le importanti occasioni di lavoro sui processi di separazione e individuazione che offre il gruppo terapeutico [12,13].

Il coinvolgimento di partecipanti che fossero un minimo motivati al percorso è importante per loro stessi, ma anche per il futuro del nuovo gruppo. Se il campo di possibilità del nuovo gruppo viene "fertilizzato" fin da subito da processi e contenuti che favoriscono la riflessione, lo scambio dei vissuti, dei pensieri, la curiosità per l'esperienza dell'altro, questi possono divenire elementi fondativi di una cultura di gruppo ²

¹ Il concetto di "Lotta" è particolarmente suggestivo del vissuto di un paziente che ha a che fare con una dipendenza soprattutto nei primi periodi di tempo.

² Secondo Bion la Cultura di Gruppo è la struttura che il gruppo si dà organizzandosi secondo i suoi obiettivi e che può rappresentare una fonte di conflitto con il desiderio del singolo.

[14] che si sviluppa all'interno dei processi del "campo gruppale" 3 [15] con importanti implicazioni future. Una volta che il gruppo si costituisce e si consolida di questi elementi grazie all'impegno dei partecipanti "fondatori", questi possono rimanere a disposizione dei nuovi arrivati che più facilmente vengono investiti da essi prima di un loro più attivo coinvolgimento, divenendone poi anch'essi promotori attivi. In questo modo, in futuro, sarà possibile inserire anche pazienti un po' meno motivati e resistenti, riducendo quindi la durata del lavoro preparatorio individuale, e che potranno beneficiare 4 di quanto è già disponibile nel campo gruppale costruito con l'aiuto del terapeuta dai membri fondatori, anche quando essi avranno già finito il loro percorso e lasciato il gruppo.

Da queste premesse si è deciso di proporre l'evento a nove giovani pazienti, che hanno dato la loro adesione all'iniziativa. Di questi hanno potuto essere presenti all'evento inaugurale 6 ragazzi (tre femmine e tre maschi) di età compresa tra i 18 e i 27 anni 5. Le tre femmine erano

1) AB. (19 anni) inviata dal CSM con una storia lunga di presa in carico dai servizi dell'età evolutiva per Depressione Maggiore e Disturbo Borderline, e negli ultimi mesi un grave abuso di alcol ora in fase remissiva;

2) S. (25 anni) inviata dal CSM da cui era seguita per Disturbo Schizoaffettivo e con una storia di grave abuso di alcol e cannabis, ha appena concluso un percorso residenziale di tre mesi in una struttura di trattamento per l'alcol;

3) O. (26 anni) con una storia di adozione, una figlia di 4 anni, ha ripreso il programma ambulatoriale al Serd dopo un percorso comunitario di 12 mesi per dipendenza da alcol e sostanze. I tre maschi erano

1) M. (26 anni) con una prima presa in carico al servizio a 18 anni per abuso di cannabis e alcol, disturbo d'ansia, e un lungo percorso di psicoterapia individuale;

2) C. (27 anni) con presa in carico individuale per dipendenza da alcol in comorbidità con disturbo d'ansia e una psicoterapia individuale ancora in corso;

3) A. (26 anni) di recente presa in carico al servizio per dipendenza da alcol, una storia di abuso di sostanze (in remissione da circa un anno) fin dalla prima adolescenza, e un percorso di psicoterapia individuale cominciato da poco e ancora in corso.

Fondamentale in questo lavoro è stata la recente formazione di una equipe dedicata alla problematica alcol e giovani. La possibilità di acquisire nuovo personale ha permesso lo sviluppo di un momento fondativo del nuovo gruppo-equipe il cui costituirsi si riflette anche nei processi di costruzione di questo nuovo gruppo terapeutico. L'idea di cominciare a lavorare insieme attraverso l'avvio di questo gruppo terapeutico è nata nel contesto di feconde e intense riunioni tra tutti i membri e i vari specializzandi che vi hanno partecipato nell'ultimo anno. Per questo è importante sottolineare come una delle premesse di questo nuovo gruppo sia proprio il desiderio e la curiosità di un gruppo di lavoro appena costituito che ha voluto investire fin da subito su uno spazio nuovo, dedicato ai giovani.

³ Campo Gruppale è un concetto legato alla teoria della mente estesa e che descrive i fenomeni psichici interposti tra le persone e che "assumono carattere di realtà tanto quanto la sedia su cui siede" [16]

⁴ L'individuazione di chi può beneficiare di un gruppo terapeutico nonostante non abbia ancora maturato una piena motivazione al trattamento, va fatta anche sulla base di altri criteri in sede di colloqui preliminari.

⁵ Le sigle relative alle persone sono puramente casuali.

Nella mente dell'equipe di alcologia quindi, questo gruppo costituisce il cuore pulsante di un nuovo assetto terapeutico per il problema dell'alcol, dedicato ai giovani.

L'organizzazione del setting a tre sessioni e sviluppo del processo:

Si sono svolte tre sessioni da circa un'ora ciascuna, dalle 16.00 alle 19.30 presso l'aula magna del servizio, in uno dei primi giorni di settembre 2021. Per ragioni di spazio è possibile riportare un riassunto di quanto accaduto mettendo in luce alcune dinamiche principali.

La prima sessione era composta dai giovani pazienti, e dai due co-conduttori: la psicoterapeuta-gruppoanalitica⁶ e l'educatrice⁷ che in genere si relaziona ai nuovi pazienti in una prima "fase di aggancio" al servizio. Uno dei membri era in quarantena, e per favorire la sua partecipazione è stato allestito un collegamento video posto all'interno del cerchio. L'invito dei conduttori esplicitato all'inizio di questa sessione era quello di scambiare riflessioni ed esperienze sul proprio rapporto con l'alcol e/o con la sobrietà. È stato interessante osservare come il primo intervento fosse arrivato dal membro che era in video e che chiedeva a tutti "ma secondo voi il problema con l'alcol è un problema personale o sociale?", segnando in tal modo un primo confine tra il dentro (il personale) e il fuori (il sociale) ma anche tra il gruppo come spazio di pensiero e il sociale come spazio in cui si vive, ci si manifesta, si agisce. Entro il costituirsi dei primi cenni di confine della nuova realtà gruppale, i membri si sono raccontati le loro esperienze di scoperta, talvolta traumatica, del proprio mondo emotivo, prima anestetizzato dall'alcol, e le difficoltà di essere in relazione con gli amici o il gruppo sociale dove ancora si continua a bere. Lo scambio iniziale tra i membri vede inizialmente un lungo silenzio di AB che tenendo sempre ben stretta tra le mani la sua lattina di coca-cola trova il coraggio di intervenire definendosi una "paziente borderline astinente in quanto sotto la protezione dell'antiabuse⁸" e portando in gruppo la difficoltà di liberarsi da uno stigma che protegge dal vivere e dal pensare, ma anche condanna alla prigionia della concretezza, e del vivere di "sostanza" intesa come farmaco. Viene in aiuto l'intervento di C. che racconta quanto sia stata importante per lui una frase che gli ha detto il suo medico nel definire il rapporto con la sobrietà come un "potrei (bere) ma non voglio (bere)". Con il suo intervento C. porta in campo il bisogno di essere riconosciuto da un adulto per cominciare a pensarsi come un adulto, differenziato dalla massa/gruppo, magari facendo proprie le parole di un medico che lo ha preso in cura e del quale porta con sé alcune parole preziose. C'è bisogno della presenza dell'adulto, e questa presenza c'è, dal momento in cui proprio il medico che C. stava per citare, entra nella stanza sorridente, per partecipare alla seconda sessione dell'Evento

⁶ Gruppoanalitica si riferisce alla formazione alla psicoterapia di gruppo secondo il modello della "Gruppoanalisi" al quale la terapeuta si orienta nella conduzione della terapia di gruppo.

⁷ Educatore professionale, neo-assunta presso il Serd.

⁸ Disulfiram: farmaco usato nel trattamento dell'alcolismo.

La seconda sessione era composta dagli stessi membri della prima sessione a cui si sono aggiunti i componenti dell'intera equipe di alcologia: i due medici⁹ l'assistente sociale¹⁰, e in qualità di osservatori una psicologa neo-assunta al servizio¹¹ e una specializzanda di medicina di Comunità. Questa seconda sessione era stata pensata al fine di raggiungere due scopi: il primo era lo scambio di idee sulla problematica dell'alcol dal punto di vista dei giovani e degli adulti in modo da anticipare eventuali tematiche future oggetto di elaborazione nel nuovo gruppo; il secondo era la proposta di una riflessione sull'esperienza di gruppo appena conclusa nella prima sessione, attraverso il racconto a terzi. Quest'ultimo punto era particolarmente importante per stimolare la produzione di un meta-pensiero rispetto al nuovo gruppo. La dinamica di questa sessione ha visto l'attualizzarsi di vissuti di connessione tra i membri giovani che nel raccontare all'equipe quanto si sono scambiati nella prima sessione hanno verbalizzato come l'appartenenza ad un gruppo terapeutico potesse essere uno strumento a loro utile per sentirsi meno soli e più forti nel mantenere la loro scelta di cambiamento; ma anche l'attualizzarsi di vissuti di connessione tra i membri dell'equipe (altro gruppo nascente) che nell'integrazione delle diverse professionalità permette di occuparsi della complessità dei bisogni dei pazienti (da quelli orali, fisici e psicologici) restituendo loro un senso di coesione e di integrità spesso minato dall'esperienza della dipendenza.

La terza sessione infine ha visto protagonisti due membri del gruppo che avevano il compito di esprimere con una rappresentazione simbolica a loro scelta, i propri vissuti e stati mentali relativi al rapporto con l'alcol. Questa possibilità era stata aperta a tutti in sede di colloquio preliminare. Dei due, uno si è proposto di scrivere la propria storia utilizzando la modalità del "racconto-testimonianza", l'altro si è proposto di presentare delle miniature musicali che aveva composto nei primi mesi di sobrietà e che descrivevano alcuni dei suoi stati mentali, alcuni positivi altri negativi, successivi alla decisione di smettere di bere. Lo scopo di questa terza sessione era quello di offrire la possibilità di vivere anche la dimensione simbolica della comunicazione dei propri stati mentali in modo da favorire un canale di scambio che potesse accogliere quanto ancora non poteva essere traducibile in pensiero organizzato o elaborato. Anche questa è stata occasione per far circolare l'esperienza di un lavoro psicologico che potesse stare anche ad un livello pre-verbale, facendo vivere ai presenti un aspetto del processo gruppale che potrà esistere nel campo delle possibilità dell'esperienza che faranno nel nuovo gruppo. L'ultima parte di questo evento sembra aver avuto un effetto "cerniera", un po' come la cesura (Bion, 1961) che integra, chiude ma non mescola, non fonde, ma intreccia e connette. Le gambe accavallate dei giovani e dei colleghi che si muovono simultaneamente a ritmo di musica sembrano testimoniare proprio l'intreccio che si crea nella sincronia del sentire, e rappresentano la sintesi di tutta questa terza parte. Ciascuno dà energia al proprio movimento corporeo stimolato dalla musica di A., ma la sincronia del movimento crea un effetto di unità e compattezza che descrive un momento di passaggio molto

⁹ Un medico specialista in gastroenterologia, da molti anni opera con le problematiche della dipendenza da alcol; e un medico specialista in psichiatria, da qualche mese in servizio presso il Serd, prima operava presso il CSM

¹⁰ Da molti anni si occupa di progettazione sociale nelle problematiche di alcolodipendenza

¹¹ Psicoterapeuta che avrà un ruolo nella presa in carico individuale congiunta di alcuni di questi pazienti

importante non solo per la formazione di un nuovo gruppo nei vissuti dei suoi membri, ma anche per la comunione di un sentire umano che sembra in quel momento oltrepassare i confini generazionali e di ruolo. Il linguaggio simbolico, quindi, sembra rinsaldare l'esperienza gruppale nata dall'incontro e dalla conoscenza delle precedenti sessioni, e può rimanere un mezzo a cui ci si può anche momentaneamente tornare nei momenti in cui è difficile trovare le parole o i pensieri per contribuire in modo profondo allo sviluppo del gruppo. Sembra dirlo anche AB. quando arriva con la sua mega-lattina di Coca-Cola, esprimendo in un gesto concreto forse quello che ancora non è radicato profondamente in lei, ma che ha bisogno che qualcuno la aiuti a riconoscere e a legittimare dentro di sé. La lattina di coca-cola sembra mostrare il suo impegno a volercela fare, ma anche il suo bisogno di distinguersi concretamente e nettamente dalla madre alcolista. La sua presenza è stata molto importante perché ha permesso a tutti di vedere come si possa essere aiutati dal paziente motivato e con esperienza, così come dal paziente all'inizio del suo percorso. Ha permesso di vederne i tempi nel gruppo, e di riconoscere negli altri, possibili evoluzioni dell'individuo che cresce e che matura.

L'evento si è concluso con un piccolo rinfresco che è stato offerto e allestito dai membri dell'equipe e che ha avuto lo scopo di accogliere ed includere anche il riconoscimento dei bisogni orali-primari¹² dei membri del gruppo (ma anche dell'equipe) ritualizzandoli come uno speciale saluto di chiusura dell'evento in totale sobrietà. Questo momento ha rappresentato anche il bisogno di regredire un po', con movimenti che rimandano all'oralità-fusione, richiamata dall'iniziale formarsi della "pelle psichica" gruppale. Questo elemento rientra nella fisiologia del processo di formazione del gruppo ben descritto dal prezioso lavoro di Neri nel suo libro "Gruppo" [17].

Riflessioni complessive secondo gli obiettivi dichiarati:

A questo punto della trattazione è doveroso tornare agli obiettivi dichiarati:

Anzitutto ci si era posti la questione del setting dell'evento, e di come la sua strutturazione abbia scandito i diversi processi mentali dei partecipanti che nell'insieme danno forma al nuovo gruppo. Si è potuto osservare come le tre sessioni gruppali abbiano scandito tre modalità diverse con cui il processo di connessione e di formazione di una mente gruppale ha avuto luogo. La prima sessione ha permesso di focalizzare l'attenzione sull'esperienza di fenomeni come il rispecchiamento emotivo tra pari, il potersi riconoscere nell'appartenenza ad un gruppo che si sta fondando su premesse culturali ed etiche diverse da quelle del gruppo sociale allargato, l'esperienza di una potenziale maturazione della propria vita mentale ed emotiva attraverso una scelta di sobrietà dall'uso di alcol che può diventare una pietra miliare nell'assetto valoriale del nuovo gruppo in cui riconoscersi. Questi meccanismi fanno intravedere la possibilità di vedersi come esseri umani, con i propri limiti, i propri sintomi, ma anche le proprie autentiche emozioni. La seconda sessione invece sembra cogliere l'innesto del lavoro psichico di questo piccolo gruppo omogeneo con quello dell'equipe che lo ha pensato come luogo significativo di cura. Il

¹² Spesso chiamati in causa dalla dipendenza da alcol e sostanza

dialogo tra i giovani e gli adulti sembra permettere una condivisione di obiettivi che rinsaldano ancora di più la consapevolezza dei significati che ciascuno dà al tema del cambiamento e della guarigione dalla dipendenza da alcol. Da una parte i giovani offrono i loro vissuti, dall'altra il gruppo equipe offre la presenza dell'adulto in grado di riconoscerli e legittimarli. Questo intreccio relazionale tra adulti e giovani rinsalda non solo i confini di una identità di un giovane che sta crescendo, ma anche quelli di un gruppo di lavoro che sta fondando i principi del suo operare secondo nuove esigenze e osservazioni che arrivano dalle nuove utenze giovanili. L'integrazione tra i due gruppi sembra quindi offrire una possibilità di riflessione su una teoria della cura che viene co-costruita tra esperti di due tipologie di saperi diversi: il sapere professionale e il sapere esperienziale. La terza sessione infine ha permesso di fare un'esperienza di integrazione tra pensiero razionale e pensiero che deriva dal simbolismo del preconcio. E questo sembra mettere tutte le persone presenti nelle condizioni di sentire anche senza pensare, in cui si può ritrovare la sincronia di una danza comune, dove le differenze tra giovani e adulti, tra ruoli professionali o tra storie di vita diverse, rimangono sullo sfondo per lasciare spazio ai bisogni umani primari che accomunano tutti (tra cui quello di cibarsi).

L'organizzazione in tre sessioni, quindi, ha avuto il merito di contribuire ad un pensiero meta-riflessivo (cioè quel pensare sopra il funzionamento di un gruppo) sulle dinamiche possibili nello sviluppo del nuovo gruppo, attraverso lo scandire di diversi tipi di processo che possono cominciare ad essere pensati ed esperiti. In questo modo si è cercato di rinforzare le possibilità di investimento dei partecipanti in questo processo.

Il secondo obiettivo dell'osservazione di questo evento era quello di individuare i possibili contenuti che possono caratterizzare le vie tematiche principali dello sviluppo di un gruppo con giovani con problematiche di alcol. Questi temi, intesi come mezzi utili allo sviluppo del gruppo [18] e quindi della crescita emotiva dentro di esso, possono venire depositati nella cultura di questo gruppo e ripresentarsi ciclicamente con i membri che arrivano man mano a far parte del gruppo. Da quanto osservato in questo principio di gruppo, emergono sicuramente tre tematiche centrali: la fatica di stare astinenti o sobri dall'alcol nel tentativo di conciliare l'appartenenza ad un gruppo con un sistema di valori diverso da quello del "gruppo sociale", la ricerca di sé e dei propri autentici stati mentali (emozioni e cognizioni) come fattore centrale di cambiamento, e il bisogno di trovare mezzi di espressione e di comunicazione dei propri stati mentali che possono essere diversi a seconda del momento del percorso e della propria capacità di pensiero.

Dall'osservazione precedente ne segue il terzo obiettivo che riguarda le possibili indicazioni utili al terapeuta sulle tecniche di conduzione di un gruppo come questo. L'osservazione ha permesso di evidenziare la rilevanza della difficoltà, quando si comincia a smettere di bere, di riconoscere e di fronteggiare i propri stati emotivi anche in reazione all'ambiente interpersonale. Questo sembra offrire la priorità all'utilizzo di tecniche che derivano dai modelli di lavoro sulla mentalizzazione degli stati mentali. La ricerca relativa ai più recenti modelli teorici della terapia di gruppo a orientamento psicoanalitico [19] offre chiare evidenze sull'utilità in questi casi di un approccio focalizzato sul riconoscimento e la

denominazione delle emozioni, l'atteggiamento del not-knowing (nel rispetto dell'opacità degli stati mentali), il lavoro di "bridging" (costruire ponti e connessioni tra i membri in seduta come da modello di Mc. Coll, [20]; l'astensione dall'utilizzo dell'interpretazione dei processi mentali e affettivi; la sfida alla pseudomentalizzazione [21]; il lavoro orientato al rafforzamento della fiducia epistemica [22]; l'autorevolezza del terapeuta attivo nel maneggiamento dei confini del gruppo e nel mantenimento delle regole del setting importante per far vivere la presenza dell'adulto [23] e il mantenimento della circolarità di pensiero tra i membri rinunciando alla superiorità del sapere professionale nel determinare i contenuti. Queste tecniche sono particolarmente indicate perché non si rivolgono direttamente alla psicopatologia sottostante (presente o no), ma permettono di offrire la possibilità di divenire poi capaci di riconoscere il bisogno e di chiedere un aiuto per gli aspetti psicopatologici eventualmente emergenti dopo aver raggiunto una sobrietà interiorizzata (potrei ma non voglio!). Lavorare con un problema di dipendenza significa quindi fare appello soprattutto alle risorse emotive e cognitive, e alla forza insita nell'essere umano rivolta alla ricerca di salvezza.

Per questo motivo il terapeuta che lavora con problematiche di dipendenza ha bisogno di integrare il proprio lavoro e il proprio pensiero con la multi-professionalità dell'equipe in grado di rispondere alla complessità dei bisogni di questi pazienti.

Infine, è possibile delineare dall'osservazione di questo momento fondativo, quelli che sono i presupposti possibili di una clinica con i giovani con problemi alcol correlati che risponde alle specificità dei loro bisogni di cura.

Dalle esperienze dei giovani sembra importante anzitutto promuovere un coinvolgimento attivo nella costruzione del loro percorso, che significa creare le condizioni per pensare insieme nel lavoro di co-costruzione. Questo presupposto risulta essere un passaggio chiave nello sviluppo di una buona motivazione al trattamento e alleanza terapeutica. Nello stesso tempo viene favorito un approccio attivo, e non passivo, utile a creare un presupposto necessario per esercitare la propria scelta di non bere. Accanto ad una guida direttiva e autorevole della terapeuta, i ragazzi hanno mostrato un attivo coinvolgimento a tutto il processo innestato, e hanno permesso il fiorire di molte delle riflessioni qui riportate. Ma, e qui arriviamo al secondo presupposto necessario, per promuovere una loro capacità di agency è importante (e ce lo hanno detto in tutti i modi) la presenza dell'adulto. Questo orienta moltissimo la costruzione della relazione terapeutica con l'adulto curante. È necessario che i membri dell'equipe, (più di uno in certi casi, oppure in prevalenza uno di loro che diventa il riferimento significativo per quel paziente) siano un riferimento facile da trovare (anche concretamente quando devono mettersi in contatto telefonicamente), costante nel tempo, affidabile e coerente in quello che dice e promette, autorevole nel dettare le regole ma comprensivo nel capirne le difficoltà di adesione ad esse. Questi aspetti sono particolarmente centrali per questi pazienti che sono in grado di far germogliare dentro di loro e portare con sé le parole di un "padre sostitutivo" che lo riconosce e lo accompagna nel suo processo di maturazione. Da quanto osservato quindi, dalle parole dei ragazzi, sembra che questo

sia un elemento imprescindibile per favorire la loro capacità di investire in un gruppo di pari in grado di rinforzare quanto cominciato nella relazione con l'adulto.

Questi quattro punti tratti dal lavoro osservativo hanno nell'insieme permesso di costruire la pensabilità di un nuovo gruppo e di viverne alcuni aspetti, renderli consapevoli, oggetto di riflessione condivisa, favorendo lo sviluppo di un investimento personale necessario alla sopravvivenza e utilità del gruppo.

Conclusioni

Questa esperienza rappresentata dal singolo evento sembra contenere molti elementi concreti che potranno poi diventare pensiero. A partire dalla lattina di Coca-cola di AB, che concretizza l'esperienza della sobrietà, la presenza degli adulti che concretizza uno dei bisogni principali di questi pazienti, così come la presenza del cibo, della musica, e anche perché no, il fatto di essere nel contesto del periodo estivo che spesso concretizza una giustificazione utilizzata dal gruppo sociale all'abuso di alcol senza limiti. È stato interessante vedere come questi elementi materiali, si siano intrecciati con l'attività di pensiero promossa dai membri del gruppo e raccolta nel lavoro riflessivo della terapeuta. Le parole e i pensieri hanno permesso nella narrazione dell'evento, di arrivare al significato di quella lattina di coca-cola in mano ad AB, che rappresenta quello che alcuni di loro hanno definito sobrietà (o, meglio, il primo passo verso la sobrietà). Questo intreccio tra pensiero ed elementi concreti rappresenta i due livelli di un gruppo che comincia ad esistere come spazio potenziale a cui affidare la cura di questi giovani con problemi di alcol. Ed è proprio nella sobrietà che si snoda il cardine del lavoro clinico di questo gruppo. Da una parte la sobrietà si impone quasi come una norma da mettere in contrapposizione al bisogno di bere, dall'altra dietro alla sobrietà ci deve essere un grosso lavoro psicologico di scoperta di sé, delle proprie risorse, delle proprie vere emozioni, che alimenta le tematiche lungo lo svilupparsi del processo del gruppo. E questo è importante soprattutto per i giovani che sono ancora in via di sviluppo. Nella letteratura più recente si è molto dibattuto sulla questione "sobrietà o bere moderato?"; tuttavia l'esperienza clinica e le diverse ricerche evidenziano come il meccanismo di condizionamento neuronale dato dalla dipendenza da alcol, non consente un ritorno al bere moderato senza che si presentino le sintomatologie precedenti [24]. E questo sembra essere confermato anche nei casi in cui prevale una modalità binge drinking [25-27], sia negli adulti che nei giovani. Per questo nei servizi per le dipendenze, la sobrietà è un concetto che è diventato quasi istituzionalizzato. Tuttavia, la modalità con cui si diventa sobri, il passaggio da "dovere" a "volere" diventa l'esito di un processo di maturazione fortemente favorito dal lavoro di gruppo che permette di sostenere una maturazione verso una maggiore garanzia di fare una scelta di sobrietà o di ritornarvi il prima possibile nel caso di ricadute o momenti critici.

Quindi il primo compito di un nuovo gruppo di questo tipo sembra proprio essere quello di far parlare elementi concreti con la nascita di un processo di pensiero in via di costruzione nel percorso terapeutico al fine di raggiungere obiettivi di cura che sono da anni riconosciuti dagli esperti, dai clinici e dalla ricerca come una garanzia di maggiore qualità della vita.

Il secondo compito è quello di gettare le basi per l'integrazione del gruppo terapeutico con il gruppo equipe curante e con l'insieme del funzionamento dell'istituzione in cui nasce. Delimitare i confini e il setting di questo gruppo permette anche la costituzione di una sua specifica identità funzionale rispetto alle altre attività proposte nell'istituzione da altri gruppi di lavoro. Per evitare processi come l'eccessiva idealizzazione, o l'onnipotenza, è importante che il gruppo terapeutico sia ben distinto nelle sue funzioni e meccanismi, ma nello stesso tempo integrato con altre tipologie di intervento, anche gruppale come ad esempio i gruppi di auto-mutuo aiuto che si possono tenere sia nel servizio che nelle reti di associazioni territoriali che collaborano con il servizio, e che hanno principalmente l'obiettivo di rinforzare la motivazione personale e le reti sociali di supporto al paziente. L'integrazione prevede che il paziente possa frequentare anche altri contesti gruppali in continuità prima o dopo il gruppo terapeutico a seconda della sua specifica fase motivazionale. Questo meriterebbe un ulteriore approfondimento che non è possibile fare in questo contesto, ma è essenziale sottolinearne l'importanza.

La conclusione di questa lunga riflessione permessa dall'evento introduttivo al nuovo gruppo terapeutico viene arricchita dall'esperienza di un sogno fatto dalla terapeuta la settimana successiva. Il sogno era ambientato negli anni dell'antica Grecia, e vedeva la terapeuta muoversi dentro lo spazio di una piazza, nel compito di raccogliere le persone che stavano sparpagliate nell'area circostante. La terapeuta, inizialmente in difficoltà a farsi sentire, ad un certo punto si è trovata in mano una grande ciotola con dentro adagiate diverse candeline in cera di colori diversi. Da quel momento la terapeuta ha cominciato a chiedere di accendere una candelina a testa, facendo in modo che le persone si raccogliessero attorno alla sua ciotola che teneva tra le mani. Ogni candelina che veniva accesa cominciava a brillare del suo colore, mentre la cera si scioglieva e si mescolava alla cera delle altre candeline che man mano venivano accese. Il sogno si conclude con la terapeuta e le persone attorno a lei che ammiravano questa ciotola piena di fiammelle che brillavano nel mescolarsi dei colori delle cere ottenendo un effetto variopinto molto bello. Da quelle luci sprigionava anche molto calore.

Così, come la nascita del "pensiero moderno" si può attribuire alle lunghe assemblee nell'agorà dei nostri antichi greci, la nascita di un nuovo gruppo terapeutico, le cui forme e colori possono destare sorprese e meraviglia, può avvenire nel seno di un gruppo di lavoro che si incontra nello spazio di una istituzione che permette la circolarità di pensiero anche con i suoi pazienti.

E il sogno continua...

I membri di questo gruppo hanno svolto i dieci incontri previsti, con una frequenza regolare e stabilendo un clima che ha agevolato l'inserimento di nuovi membri assieme ai quali tutti hanno deciso di continuare il percorso per i successivi 10 incontri (tutt'ora in corso). L'incontro con i nuovi membri si è svolto con un altro evento a tre sessioni, tre mesi dopo il primo, e ha visto il coinvolgimento dell'intera equipe con la quale i ragazzi hanno condiviso il percorso fatto. Si è potuto osservare un movimento

verso una maggiore profondità di espressione di sé e una consolidata motivazione a continuare il percorso di gruppo. Ma questo è un altro sogno...

Per Corrispondenza

Silvia Formentin, PhD, Dirigente psicologo, Dipartimento Dipendenze, Aulss 6 Euganea, Serd UOC Padova e Piove di Sacco. Via Dei Colli, 4 Padova (PD), 349-5696337, e-mail: Silvia.formentin@aulss6.veneto.it

Bibliografia

1. Lewin K., *Resolving Social Conflicts: Selected Papers on Group Dynamics*. Harper. New York (1948) (Trad. It. *I conflitti sociali*. Franco Angeli: Milano 1972)
2. Foulkes S.H., *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy: Studies in the Social Integration of Individuals and Groups*. Heinemann, London (1948). (Trad. It. *Introduzione alla psicoterapia Gruppo analitica*. Edizioni Universitarie Romane: Roma 1991).
3. Neri C. *Il gruppo come cura*. Raffaello Cortina Editore: Milano (2021).
4. Foulkes S.H., Anthony E.J. *Group analytic psychotherapy: methods and principles*. Penguin Books: London (1965).
5. Kaes R. *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*. Borla: Roma (1999).
6. Anzieu D. *Le Moi-Peau*. Dunod Paris (1975) (trad. it. *L'io-pelle*. Milano: Raffaello Cortina, 2017).
7. Neri C. *Il gruppo come cura*. Raffaello Cortina Editore: Milano (2021).
8. Garland C., (a cura di) *The groups Book*. London (2010).
9. Bion W. R. *Esperienze nei Gruppi*. Armando Editore: Roma (1971).
10. Corbella S. *Liberi Legami, un contributo psicoanalitico per un nuovo patto sociale*. Borla Edizioni. (2014).
11. Gazzillo F. *Fidarsi dei pazienti, introduzione alla Control Mastery Theory*. Raffaello Cortina Editore: Milano (2021).
12. Corbella S. *Storie e luoghi del gruppo*. Raffaello Cortina Editore: Milano (2003).
13. Levine R. *A modern Psychoanalytic Perspective on Group Therapy*. *International Journal of Group Psychotherapy*. (2017) 67, 1: 109-120. DOI: 10.1080/00207284.2016.1218769
14. Bion W. R. *Esperienze nei Gruppi*. Armando Editore: Roma (1971).
15. Neri C. *Il gruppo come cura*. Raffaello Cortina Editore: Milano (2021).
16. Neri C. *Group*. Jessica Kingsley Publishers. London and Philadelphia. (1995). (Trad. It. *Gruppo*. Borla: Roma 1996).
17. Neri C. (2017). *Gruppo*. Seconda Edizione. Raffaello Cortina Editore: Milano.
18. Silvestri A., Ferruzza E., *Originalità e valore euristico del pensiero di Ferdinando Vanni sulla psicoterapia di gruppo*. *Gruppi*, (2012). 1: 51-77. DOI: 10.3280/GRU2012-001005.
19. Black A.E. *Treating Insecure Attachment in Group Therapy: Attachment Theory Meets Modern Psychoanalytic Technique*. *International Journal of group Psychotherapy*, (2019). 69: 259-286. DOI: 10.1080/00207284.2019.1588073
20. McColl G. *The art of bridging revisited*. *International Journal of group Psychotherapy*. (2016) 66, 3: 443-454. DOI: 10.1080/00207284.2015.1111099
21. Esposito G., Formentin S., Passeggia R., Marogna, C., Sava, V., Karterud, S. *Pseudomentalization as a challenge for therapists of group psychotherapy with drug addicted patients*. *Frontiers in Psychology*, (2022) 12 pp. 684-723. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.684723.

22. Fonagy P., Campbell C., Bateman A. Mentalizing, Attachment, and Epistemic Trust in Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, (2017) 67, 3: 176-201. DOI:10.1080/00207284.2016.1263156.
23. Karterud, S. *Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G): A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford Ed: London (2015).
24. Sloan M. E., Gowin J. L., Janakiraman R., Ester C. D., Stoddard J., Stangl B., Ramchandani V. A., High-risk social drinkers and heavy drinkers display similar rates of alcohol consumption. *Addiction Biology*. (2019) 25, 2: 1-8. DOI: 10.1111/adb.12734
25. Kuntsche E., Kuntsche S., Thrul J., Gmel G., Binge drinking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health*. (2017) 32, 8:976-1017. DOI: 10.1080/08870446.2017.1325889
26. Laghi F., Bianchi D., Pompili S., Lonigro A., Baiocco R., Heavy episodic drinking in late adolescents: The role of theory of mind and conformity drinking motives, *Addictive Behaviors*, (2019) 96: 18-25. DOI: 10.1016/j.addbeh.2019.04.011.
27. Minhas M., Oshri A., Amlung M., Dennhardt A., Ferro M., Halladay J., Munn C., Tucker J., Murphy J., MacKillop J., Latent Profile Analysis of Heavy Episodic Drinking in Emerging Adults: A Reinforcer Pathology Approach. *Alcoholism, Clinical and Experimental research*. (2020) 44, 10: 2130-2140. DOI: 10.1111/acer.14438

Patrizia Balbinot, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia, ASL3 c/o Ospedale Policlinico San Martino, Genova. Centro Alcolologico Regionale Ligure. Centro Studi "Auto Mutuo Aiuto, Programmi di Comunità e Formazione Caregiver", ASL 3 Liguria, Genova

Gianni Testino, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia, ASL3 c/o Ospedale Policlinico San Martino, Genova. Centro Alcolologico Regionale Ligure. Centro Studi "Auto Mutuo Aiuto, Programmi di Comunità e Formazione Caregiver", ASL 3 Liguria, Genova

ALCOL, FUMO, CANNABIS, NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE, FARMACI NON PRESCRITTI E ALTRI PARAMETRI IN UNA POPOLAZIONE STUDENTESCA DELL'AREA METROPOLITANA GENOVESE.

Riassunto

Introduzione: I disturbi da uso di alcol e/o sostanze sono noti per essere un fenomeno significativo nel mondo occidentale. Lo scopo del presente studio era di valutare il consumo di alcol, fumo di sigaretta, cannabis, nuove sostanze psicoattive (NSP)/farmaci non prescritti (NPD) in una popolazione studentesca del nord-ovest dell'Italia (area metropolitana di Genova).

Metodo: quattordici Istituti Scolastici Comprensivi dell'area metropolitana di Genova (Italia) hanno chiesto di partecipare agli incontri di Educazione al Corretto Stili di Vita (dal 16 dicembre 2021 al 30 maggio 2022). Prima di ogni incontro si è tenuto un incontro con i docenti di riferimento. Sono stati coinvolti 3805 studenti dai 9 ai 17 anni. Il Gruppo è stato suddiviso per fasce di età: 9-11, 12-13, 14-15 e 16-17 anni. Prima della lezione, agli studenti è stato somministrato un questionario relativo a vari argomenti legati allo stile di vita o derivanti da uno stile di vita scorretto (consumo di alcol, fumo di sigaretta, cannabis, NPS/NPD, percorso psicologico). Il questionario era anonimo ed è stato approvato dai docenti nella fase di preparazione dell'incontro. **Risultati:** l'analisi di regressione logistica ha rilevato che l'uso di cannabis nell'età di 14-15 anni aumenta il rischio di consumo di NPD/NPD di oltre 26 volte (odds ratio 26,3012; IC 95% da 15,9656 a 43,3275; $p < 0,0001$). Nell'età di 16-17 anni, questo rischio aumenta di circa 14 volte (odds ratio 14,0625; IC 95% da 6,1729 a 32,0360; $p < 0,0001$). Nell'età di 14-15 anni, consumo di cannabis, consumo di alcol > 2 unità alcoliche (AU)/unica occasione, NPD aumenta la probabilità della necessità di un percorso psicologico (cannabis: odds ratio 14,0254, IC 95% 10,9-17,9, $p < 0,0001$; alcool: odds ratio 3,68, IC 95% 3-4,4, $p < 0,0001$; NPS/NPD: odds ratio 20,98, 16,4-38,4, $p < 0,0001$). Nell'età di 14-15 e 16-17 anni, rispettivamente, il 53% (95% CI 50-58%) e il 68% (95% CI 66-71%) degli studenti ha dichiarato di non avere riferito né ai genitori né allo psicologo di aver fatto uso di alcol e/o sostanze. **Conclusione:** questi dati dovrebbero essere utili ai decisori politici per attuare politiche di prevenzione e promozione della salute attraverso la didattica (Education for Correct Lifestyles) da inserire stabilmente nei programmi scolastici ed essere riconosciuti nel percorso curriculare.

Parole Chiave:

Alcol, fumo, cannabis, nuove sostanze psicoattive, farmaci non prescritti, adolescenti, scuola

Abstract

Introduction: Alcohol and/ or substance use disorders are known to be a significant phenomenon in the Western world. The aim of the present study was to evaluate the consumption of alcohol, cigarette smoking, cannabis, new psychoactive substances (NSP)/ non prescribed drug (NPD) in a student population in the north-west of Italy (metropolitan area of Genoa). **Method:** fourteen Comprehensive Schools in the metropolitan area of Genoa (Italy) have requested to participate in the Education for Correct Lifestyles meetings (from December 16, 2021 to May 30, 2022). Before each meeting, a meeting was held with the reference teachers. 3805 students aged 9 to 17 were involved. The Group was divided by age group: 9-11, 12-13, 14-15 and 16-17 years. Before the lesson, the students were given a questionnaire relating to various topics related to lifestyle or resulting from an incorrect lifestyle (alcohol consumption, cigarette smoking, cannabis, NPS/ NPD, psychological path). The questionnaire was anonymous and was approved by the teachers in the preparation phase of the meeting. **Results:** logistic regression analysis found that cannabis use in the age of 14-15 increases the risk of consuming NPD/ NPD by more than 26 times (odds ratio 26.3012; 95% CI 15.9656 to 43.3275; $p < 0.0001$). In the age of 16-17, this risk increases approximately 14 times (odds ratio 14.0625; 95% CI 6.1729 to 32.0360; $p < 0.0001$). In the age of 14-15 years, cannabis consumption, alcohol consumption > 2 alcoholic units (AUs)/ in single occasion, NPD increases the probability of the need for a psychological path (cannabis: odds ratio 14.0254, 95% CI 10.9-17.9, $p < 0.0001$; alcohol: odds ratio 3.68, 95% CI 3-4.4, $p < 0.0001$; NPS/ NPD: odds ratio 20.98, 16.4-38.4, $p < 0.0001$). In the age of 14-15 and 16-17 years, respectively, 53% (95% CI 50-58%) and 68% (95% CI 66-71%) of the students stated that they had not reported to their parents or to the psychologist that they had used alcohol and / or substances. **Conclusion:** these data should be useful to policy makers to implement prevention and health promotion policies through teaching (Education for Correct Lifestyles) to be permanently included in school programs and to be recognized in the curricular path.

Key Words

Alcohol, tobacco smoking, cannabis, new psychoactive substances, non-prescribed drugs, adolescent, students

È noto che i disturbi da uso di alcol e/o sostanze sono un fenomeno significativo nel mondo occidentale [1].

In Italia tale fenomeno è confermato dalle Relazioni al Parlamento [2,3].

Un dato emergente è l'aumento del *binge drinking* e delle nuove sostanze psicoattive (NSP) associate o meno ai farmaci non prescritti (FNP) [4,5].

Il consumo di alcol e/o sostanze al di sotto dei 25 anni favorisce la comparsa di danni d'organo [6], insorgenza di manifestazioni psicopatologiche e *addiction*.

Il rischio di sviluppare *addiction* durante l'adolescenza è legato al fenomeno della plasticità neuronale. Vengono sviluppati i sistemi cerebrali che mediano la ricompensa e alterati i livelli ormonali stress correlati. L'esposizione all'etanolo e/o sostanze sensibilizza il neurocircuito dell'*addiction* e induce rimodellamento della cromatina [7].

Ne consegue plasticità neuronale anomala nei processi di apprendimento legati alla ricompensa.

Scopo del presente studio è stato quello valutare il consumo di alcol, fumo di sigaretta, cannabis, NSP/FNP e altri parametri in una popolazione studentesca dell'area metropolitana Genovese.

Metodo

14 Istituti Comprensivi Scolastici dell'area metropolitana di Genova hanno richiesto di partecipare agli incontri Educazione a Corretti Stili di Vita (16 Dicembre 2021 – 30 Maggio 2022).

Prima di ogni incontro è stato effettuato un *meeting* con i docenti di riferimento.

Sono stati coinvolti 3805 ragazzi dai 9 ai 17 anni.

Il Gruppo è stato suddiviso per fascia d'età: 9-11, 12-13, 14-15 e 16-17 anni.

Prima dell'incontro è stato somministrato ai ragazzi un questionario relativo a diversi *topics* relativi allo stile di vita o conseguenti ad uno stile di vita scorretto: consumo di alcol, fumo di sigaretta, cannabis, NSP/FNP, eventuale percorso psicologico, consumo di frutta, attività sportiva. Inoltre è stato chiesto se hanno subito episodi di bullismo/cyberbullismo, se si sono sottoposti a vaccinazione anti Covid-19 e se pensano di poter insegnare qualcosa ai genitori/adulti. I ragazzi hanno avuto la possibilità di scrivere delle riflessioni su quattro temi: vaccinazione anti Covid-19 (cultura vaccinale), che cosa vorrebbero insegnare agli adulti, come si sono comportati in caso di bullismo/cyberbullismo e la motivazione del loro eventuale percorso psicologico.

Il questionario anonimo è stato approvato dai docenti nella fase di preparazione dell'incontro in accordo con i genitori.

L'Unità Alcolica (UA) è stata definita in 12 grammi di etanolo secondo note indicazioni [8].

Il binge drinking (BD) è stato definito come il consumo di 5 o più UA in circa due ore [8].

È stato chiesto se con gli amici viene consumato abitualmente alcol e quanti drink vengono consumati mediamente in un'unica occasione, con particolare riferimento al *binge drinking*.

Per quanto concerne il consumo di fumo di sigaretta, cannabis e nuove sostanze sintetiche/farmaci non prescritti il consumo è stato suddiviso in quotidiano e saltuario.

Per quanto concerne il consumo di frutta: tre volte/die, tre volte settimana o una volta settimana o mai, in relazione all'attività sportiva: quotidianamente, tre volte/settimana, una volta alla settimana o meno.

Le nuove sostanze sintetiche sono definite in accordo a Shafi et al [5]. In questo gruppo sono inseriti anche i farmaci non prescritti. Il United Nations Office for Drugs and Crime (UNODC) ha definito le NSP come "substances of abuse, either in a pure form or a preparation, that are not controlled by the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs or the 1971 Convention on Psychotropic Substances, but which may pose a public health threat" [9].

È stato valutato anche il numero di soggetti che almeno una volta ha avuto una valutazione psicologica (suggerita dai genitori e/o insegnanti).

I dati raccolti sono stati analizzati alla fine degli incontri attraverso un'analisi retrospettiva.

Se necessario, per i parametri utilizzati è stato definito the *confidence interval*.

È stato utilizzato il modello di regressione multipla logistica lineare per valutare le seguenti relazioni nel gruppo più numeroso (14-15 anni): uso di cannabis e uso di NSP/FNP, uso di cannabis e valutazione psicologica; BD e valutazione psicologica; NSP e valutazione psicologica.

La relazione consumo di cannabis e NSP è stata valutata anche nel gruppo 16-17 anni.

Tutto il percorso è stato approvato dagli Istituti Scolastici in accordo con le famiglie. L'attività è stata approvata dalla Direzione Generale di ASL3.

Risultati

I ragazzi che hanno partecipato agli incontri sono stati 3805 (range 9-17; 2200 femmine e 1605 maschi).

I docenti incontrati per la preparazione degli incontri sono stati 195 (101 femmine and 94 maschi).

La suddivisione in rapporto all'età è riportata nella Tabella I.

Tabella I – Suddivisione dei soggetti in rapporto all'età

Anni	Numero	%	Femmine/Maschi
9-11	395	10.38%	205/190
12-13	401	10.5%	230/171
14-15	2549	67%	1507/1042
16-17	460	12%	240/220

Il 5% dei ragazzi non hanno compilato il questionario per motivi non precisati (3615/3805: 95%).

Nella fascia di età fra i 9 e i 17 anni dal 22% al 90% consuma alcol con gli amici (nonostante la vendita e la somministrazione di alcolici sia vietata dalla Legge dello Stato).

Il consumo di alcol secondo la modalità del *binge drinking* in momenti conviviali varia dall'8% al 42% fra i 16-17 anni.

Almeno una volta nella vita ha fumato sigarette (o utilizzato altri dispositivi elettronici): 8% fra i 12-13 anni, 21% fra i 14-15 anni e 42% fra i 16-17 anni.

Fumano tutti i giorni sigarette o dispositivi elettronici il 14% fra i 14-15 anni ed il 30% fra i 16-17 anni

Almeno una volta è stata provata la cannabis: 10.9% fra 12-13 anni, 16.9% fra i 14-15 anni e nel 37.8% fra i 16-17 anni.

Fumano tutti giorni cannabis: il 6.3% fra i 14-15 anni e il 18% fra 16-17 anni. Alcuni hanno iniziato a fumare cannabis senza avere mai fumato sigarette (18%).

Hanno provato almeno una volta NSP/FNP: 2% fra i 12-13 anni, 4% fra i 14-15 anni e l'11% fra i 16-17 anni. Consumano quotidianamente NSP/FNP l'1.5% fra i 14-15 anni e il 2.2% fra i 16-17 anni.

I dati più significativi in rapporto all'età sono riportati nelle Tabelle II e III con le valutazioni dell'intervallo di confidenza (% , IC 95%).

Tabella II – Consumo di alcol e fumo di sigaretta

	9-11 anni (364 soggetti)	12-13 anni (370 soggetti)	14-15 anni (2454 soggetti)	16-17 anni (430 soggetti)
No Alcol (%; IC 95%)	78% (76-81%)	74% (65-76%)	35.5% (32-39%)	9.5% (6-12%)
Alcol (%; IC 95%)	22% (20-26%)	26% (20-28%)	64.5% (61-69%)	90.5% (87-92%)
Binge Drinking (%; IC 95%)	0	7.7% (6-9%)	21.6% (18-23%)	42% (39-44%)
Fumo sigaretta - occasionalmente (%, IC 95%)	5.5% (4.1-7.4%)	11.5% (9-13%)	17.8% (15-21%)	26% (22-30%)
Fumo sigaretta - quotidianamente (%, IC 95%)	0	0.9% (0.000-2%)	14.5% (11-17%)	30% (28-31%)

Tabella III – Cannabis, Nuove Sostanze Psicoattive (NSP)/Farmaci Non Prescritti (FNP) e percorso psicologico

	9-11 anni (364 soggetti)	12-13 anni (370 soggetti)	14-15 anni (2454 soggetti)	16-17 anni (430 soggetti)
Cannabis – occasionalmente (%, IC 95%)	0	9.8% (8-11%)	10.7% (7-13%)	26% (24-28%)
Cannabis quotidianamente (%, IC 95%)	0	0.9% (0.00-2)	6.3% (4-8%)	18% (16-19%)
NSP/FNP occasionalmente (%, IC 95%)	0	1.7% (0.4- 2.9%)	2.6% (1.1-4.4%)	9.1% (6-11%)
NSP/FNP quotidianamente (%, IC 95%)	0	0.3% (0.16- 0.7%)	1.5% (0.3-3%)	2.17% (1.5-5%)
Psicologo	11% (9-13%)	23% (21-25%)	29% (27-31%)	33% (30-36%)

FNP sono rappresentati nel 92% dei casi da antidolorifici e benzodiazepine.

L'analisi di regressione logistica ha rilevato che il consumo di cannabis nell'età 14-15 anni aumenta il rischio di consumare NSP/FNP di oltre 26 volte (odds ratio 26.3012; 95% IC 15.9656 to 43.3275; $p < 0.0001$). Nell'età 16-17 tale rischio aumenta di circa 14 volte (odds ratio 14.0625; 95% CI 6.1729 to 32.0360; $p < 0.0001$).

Nell'età 14-15 anni il consumo di cannabis, consumo di alcol > 2UA/die, NSP/FNP aumenta la probabilità di necessità di un percorso psicologico (cannabis: odds ratio 14.0254, 95% CI 10.9-17.9, $p < 0.0001$; alcohol: odds ratio 3.68, 95% CI 3-4.4, $p < 0.0001$; NPS/NPM: odds ratio 20.98, 16.4-38.4, $p < 0.0001$).

Nell'età 14-15 anni e 16-17 anni rispettivamente il 53% (IC 95% 50-58%) e il 68% (IC 95% 66-71%) ha dichiarato di non avere in formato né i genitori né lo psicologo di avere usato alcol e/o sostanze.

In meno della metà dei casi viene consumata frutta e verdura secondo le corrette indicazioni nutrizionali (dal 34% al 23% a seconda della fascia d'età) e circa il 40% dei ragazzi oltre i 14 anni non svolge regolare attività sportiva o mai.

Per i dati relativi a consumo di frutta, attività sportiva, vaccinazione anti-Covid19, bullismo/cyberbullismo e a chi insegnerebbe qualcosa ad adulti/genitori vedere le Figure I, II, III, IV e V.

Figura I – Consumo di frutta

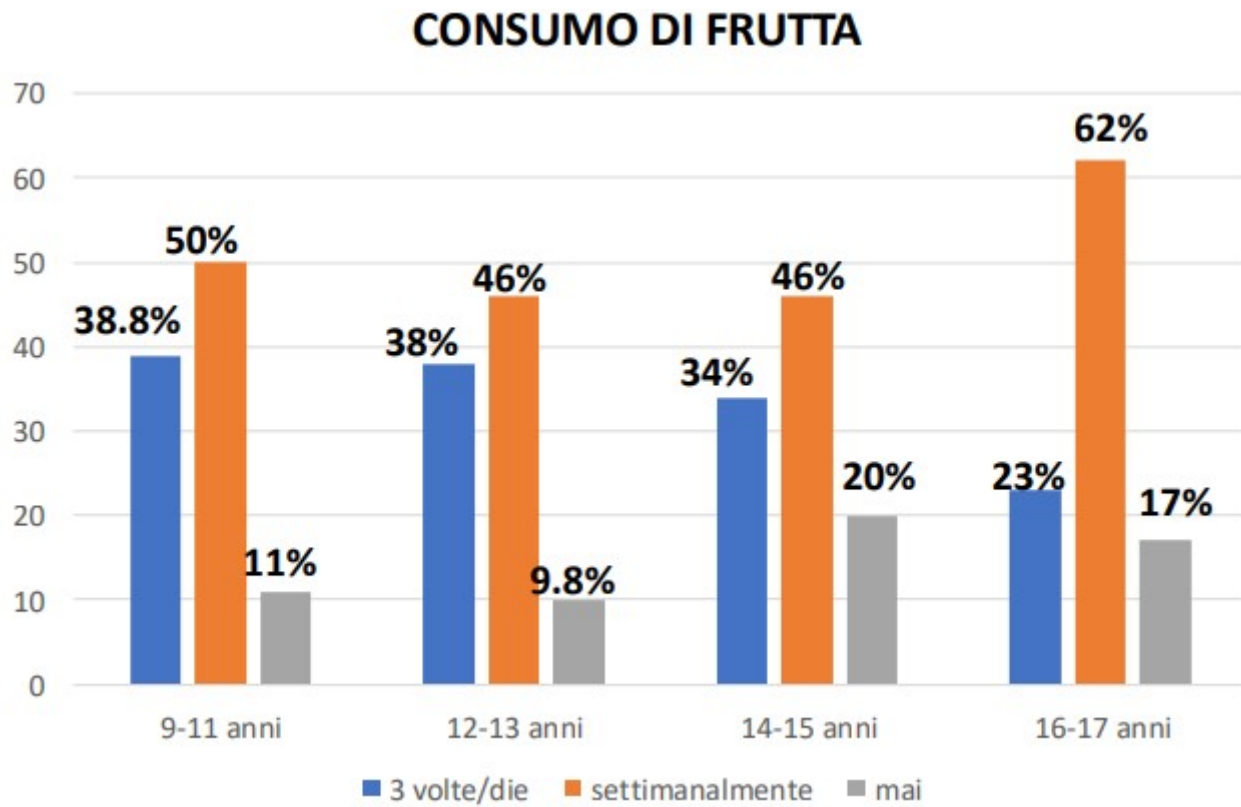


Figure II – Attività Sportiva

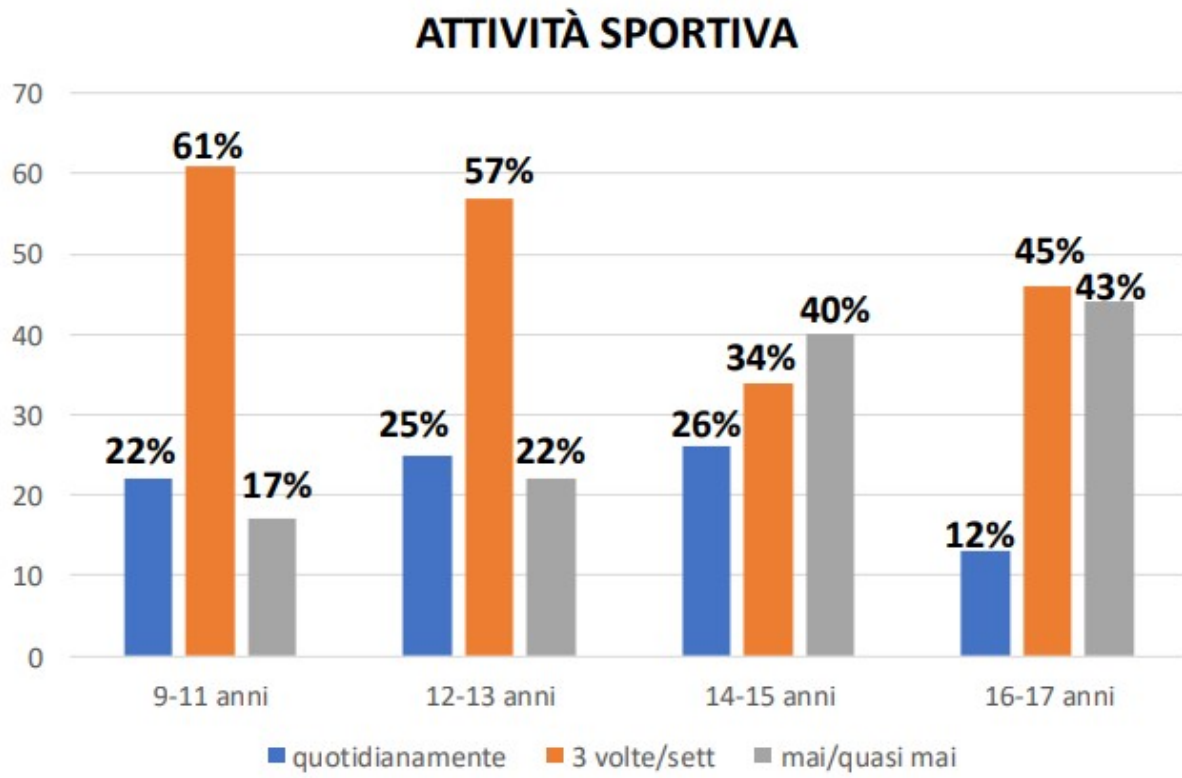


Figura III – la vaccinazione è stata effettuata per ottenere il green pass o per altro (per es. per il bene comune)

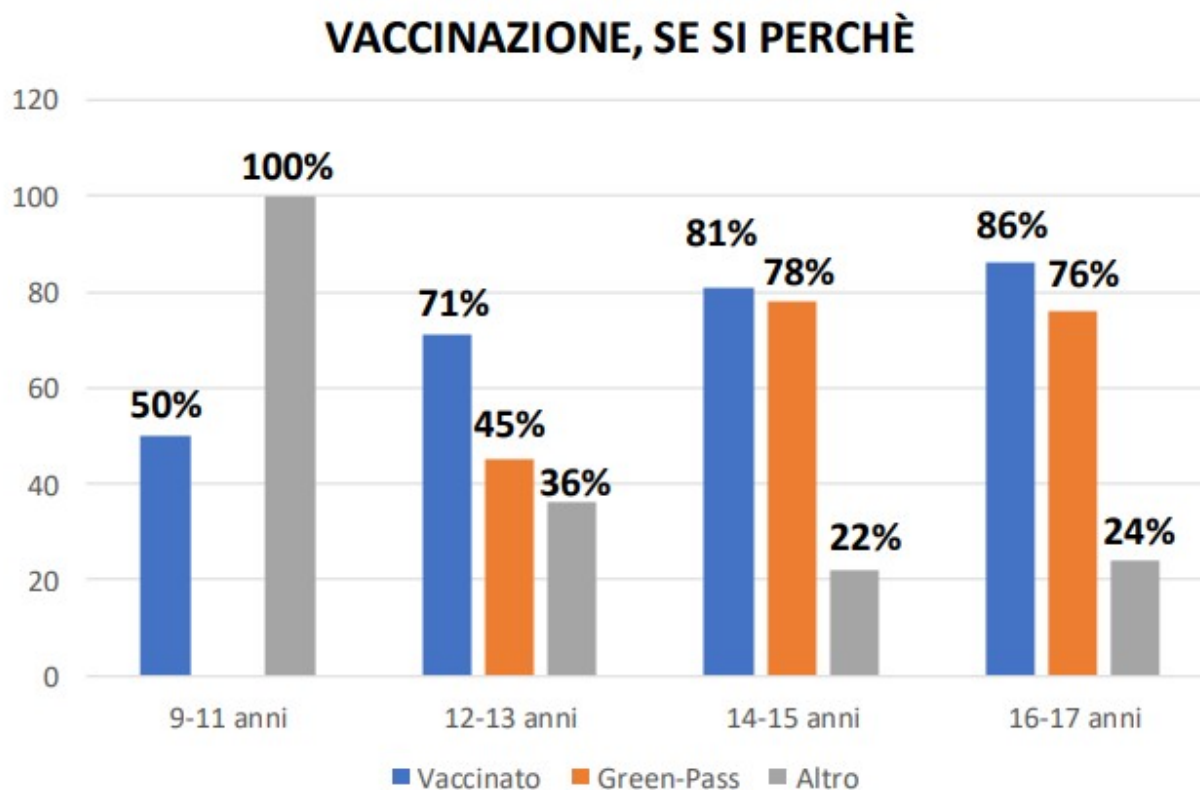
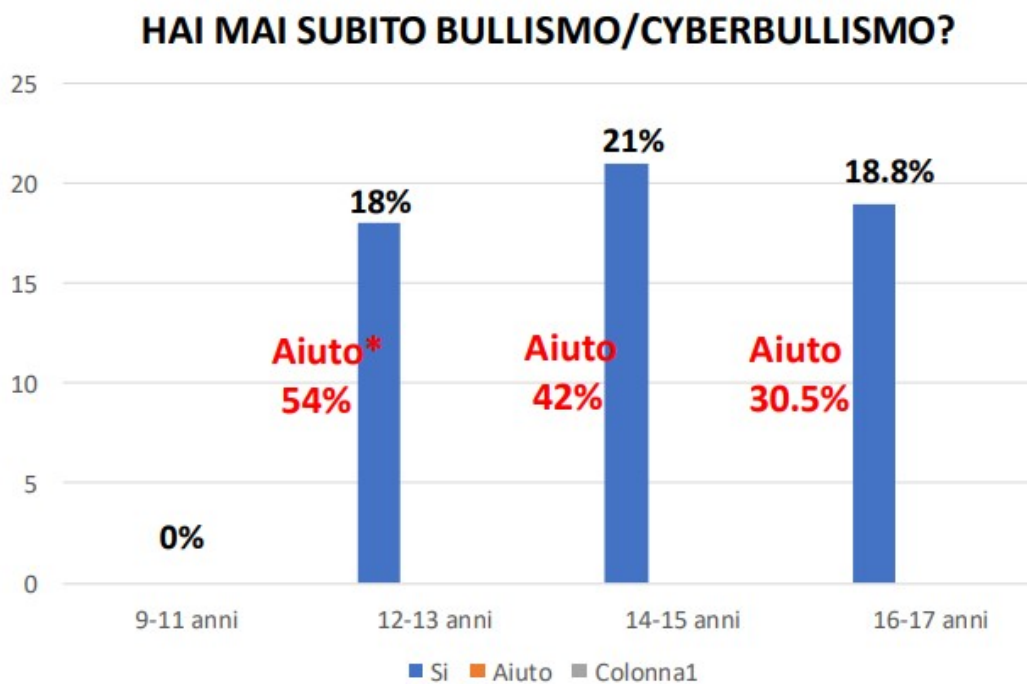
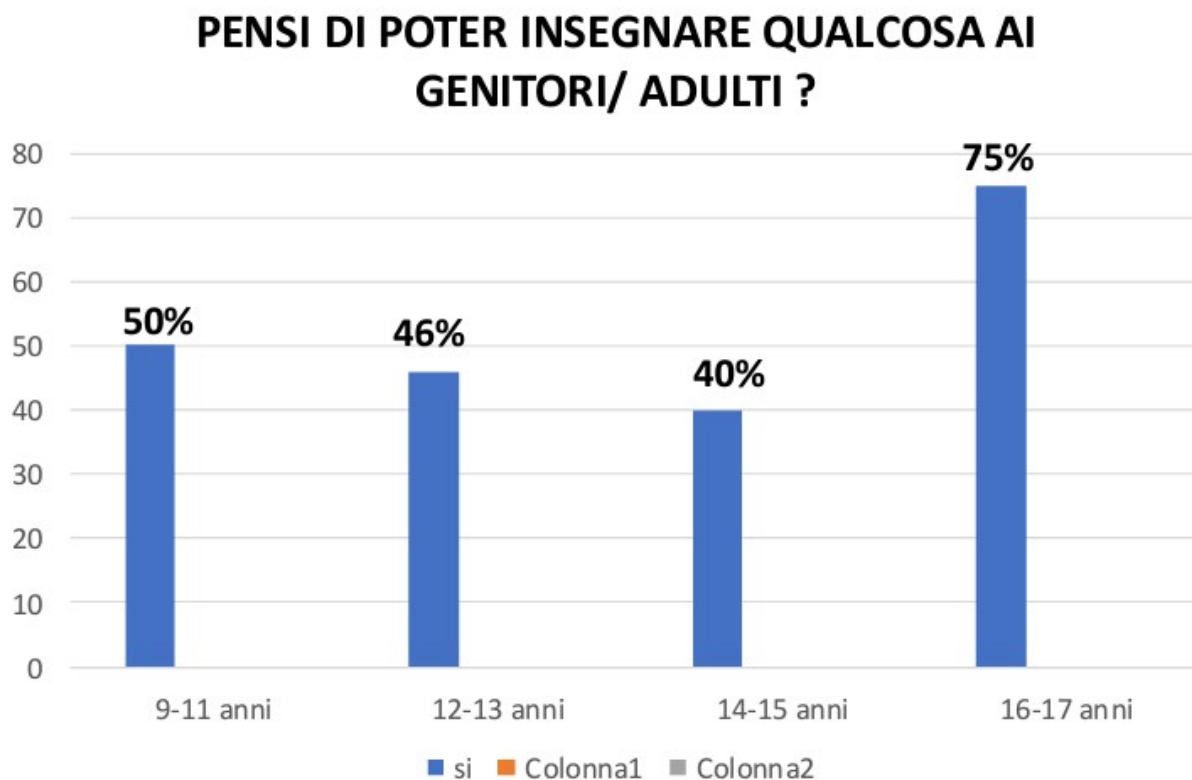


Figura IV – Bullismo o cyberbullismo (indicata percentuale di chi ha chiesto aiuto)



* hanno chiesto aiuto

Figura V – Percentuale di ragazzi che pensa di poter insegnare qualcosa ai genitori o agli adulti in generale



Il 52.5% (1989/3805) ha scritto riflessioni di rilevanza significativa ed utili per aprire specifici approfondimenti di ordine educativo e sociologico. Vedere il Report ASL3: Report - Dati raccolti durante gli incontri nelle scuole della Provincia di Genova Anno Scolastico 2021/2022; <https://www.asl3.liguria.it/territorio/servizi/dipendenze/item/3369-centro-studi-alcologico-regionale.html> .

Discussione

È noto che il consumo di alcolici e/o sostanze è in costante aumento fra gli adolescenti.⁴

Uno dei problemi più importanti è il consumo alcolico. Rappresenta la prima causa di morte e disabilità al di sotto dei 24 anni [10].

Pur in presenza di una legge dello Stato che vieta la somministrazione e la vendita di bevande alcoliche al di sotto dei 18 anni, nel presente studio un numero significativo di ragazzi consuma alcol e pratica il BD (Tabelle II and III). Nel periodo adolescenziale non vi è un livello soglia di sicurezza. I meccanismi del metabolismo epatico (e probabilmente di quello cerebrale) dell'etanolo non sono completamente espressi. Pertanto, i livelli di etanolo permangono per un periodo più lungo nel circolo ematico con danni significativi in diversi distretti del corpo (sistema nervoso centrale/periferico, mammella, fegato, brain, ecc) [11,12].

La pratica del BD è particolarmente dannosa in quanto favorisce più rapidamente diversi problemi psico-fisici (fibrosi epatica, alterazioni della densità mammaria, patologie cardio-vascolari e neurologiche, manifestazioni psico-patologiche) e sociali [10].

Fumo di tabacco, etanolo e acetaldeide (prodotto di metabolizzazione dell'etanolo o acetaldeide libera nelle bevande alcoliche), sono posizionate nel Gruppo I IARC-WHO (*International Agency for Research on Cancer – World Health Organization*). Il loro uso nel periodo adolescenziale inizia i meccanismi di cancerogenesi [13,14]. Nel periodo adolescenziale, per esempio, il consumo di 1-2 UA/settimanali determina una *odds ratio* di 1.72, il consumo di 3-5 UA/settimanali determina una *odds ratio* di 3.34 e il consumo di 6-7 UA/settimana determina una *odds ratio* di 5.94 [14].

Inoltre, il BD aumenta il rischio di sviluppare *alcohol addiction* ed è già stata dimostrata una correlazione fra BD, fumo di sigaretta e sostanze psicotiche [4].

Silveri et al. [15] affermano che *“prevalence of alcohol dependence in adult-hood is strongly influenced by age of first alcohol use: there is a 38% chance of developing alcohol dependence later in life if drinking onset occurs before age 15. Importantly, the rate of prevalence subsequently decreases with each year that the onset of alcohol consumption is delayed during adolescence, falling to 10%” at the age of 21 years old.*

Il consumo di cannabis (marijuana) induce importanti alterazioni psico-fisiche. I recettori del tetraidrocannabinolo (THC) sono presenti, infatti, in diversi distretti dell'organismo.

In particolare, il consumo di cannabis induce psicosi nel 12% circa dei casi [16,17].

NSP (cannabinoidi, allucinogeni, dissociativi, depressivi e oppioidi sintetici) inducono eventi avversi da lievi a gravi. I più comuni effetti avversi lievi-moderati sono: nausea, vomito protratto, agitazione,

NPS (synthetic cannabinoids, hallucinogens, dissociatives, depressant, opioids) induce mild to severe adverse effects. Most common mild to moderate adverse effects are: nausea, protracted vomiting, agitation, sonnolenza, vertigini, confusione, ipertensione arteriosa, dolore toracico. Effetti avversi severi: danno epatico [18], danno renale, convulsioni, rbdomiolisi, aritmie sopraventricolari/ventricolari, embolia polmonare, emorragia intracranica, paranoia, psicosi, aggressività, violenza, autolesionismo, suicidio.⁵

I farmaci non prescritti più utilizzati sono antidolorifici e benzodiazepine.

L'analisi di regressione ha evidenziato come il consumo di cannabis aumenti il rischio di usare NSP/FNP [19]. Diverse esperienze, hanno già dimostrato una correlazione fra cannabis e cocaina/eroina.

Non è opportuno, pertanto, distinguere droghe leggere da droghe pesanti nei programmi educazionali per i ragazzi.

Inoltre, è stata rilevata una correlazione altamente significativa fra BD, uso di cannabis e NSP/FNP e il ricorso alla valutazione psicologica.

Ciò non sorprende in quanto il BD e soprattutto cannabis e NSP/FNP causano o slatentizzano manifestazioni psico-patologiche. Il ricorso al percorso psicologico non sempre è utile se mancano le informazioni.

Dal 53 al 68% dei ragazzi (14-15 and 16-17 anni) ha dichiarato di non avere informato del consumo di alcol e/o sostanze i genitori e lo psicologo. Questo è un dato che deve fare riflettere la comunità educante. È opportuno indagare meglio su questo aspetto.

Il rischio è quello di inficiare il lavoro dello psicologo in assenza di una precisa anamnesi. Inoltre, si rischia di formulare diagnosi improprie e penalizzanti in quanto le manifestazioni psicopatologiche non sono autonome, ma indotte da consumo di alcol e/o sostanze.

I pediatri pertanto dovrebbero meglio approfondire tale aspetto utilizzando test semplici e validati come per esempio l'alcohol use disorder identification test (AUDIT) (sensitività e specificità del 92% e 93%, rispettivamente) [8,20] ed il CAST (the Cannabis Abuse Screening Test) [21].

D'altra parte, i genitori dovrebbero imparare ad osservare meglio i ragazzi e a chiedere informazioni su ciò che accade con l'uso di alcol e/o sostanze nel periodo adolescenziale per imparare che non vi sono livelli soglia di sicurezza.

Un limite dello studio è certamente l'autovalutazione. Tuttavia, Lintonen et al. [22] hanno dimostrato nei giovani l'affidabilità di tale metodo. D'altra parte, tale autovalutazione è effettuata in modo anonimo e con un tempo sufficientemente lungo per rispondere alle domande (30-45 minuti).

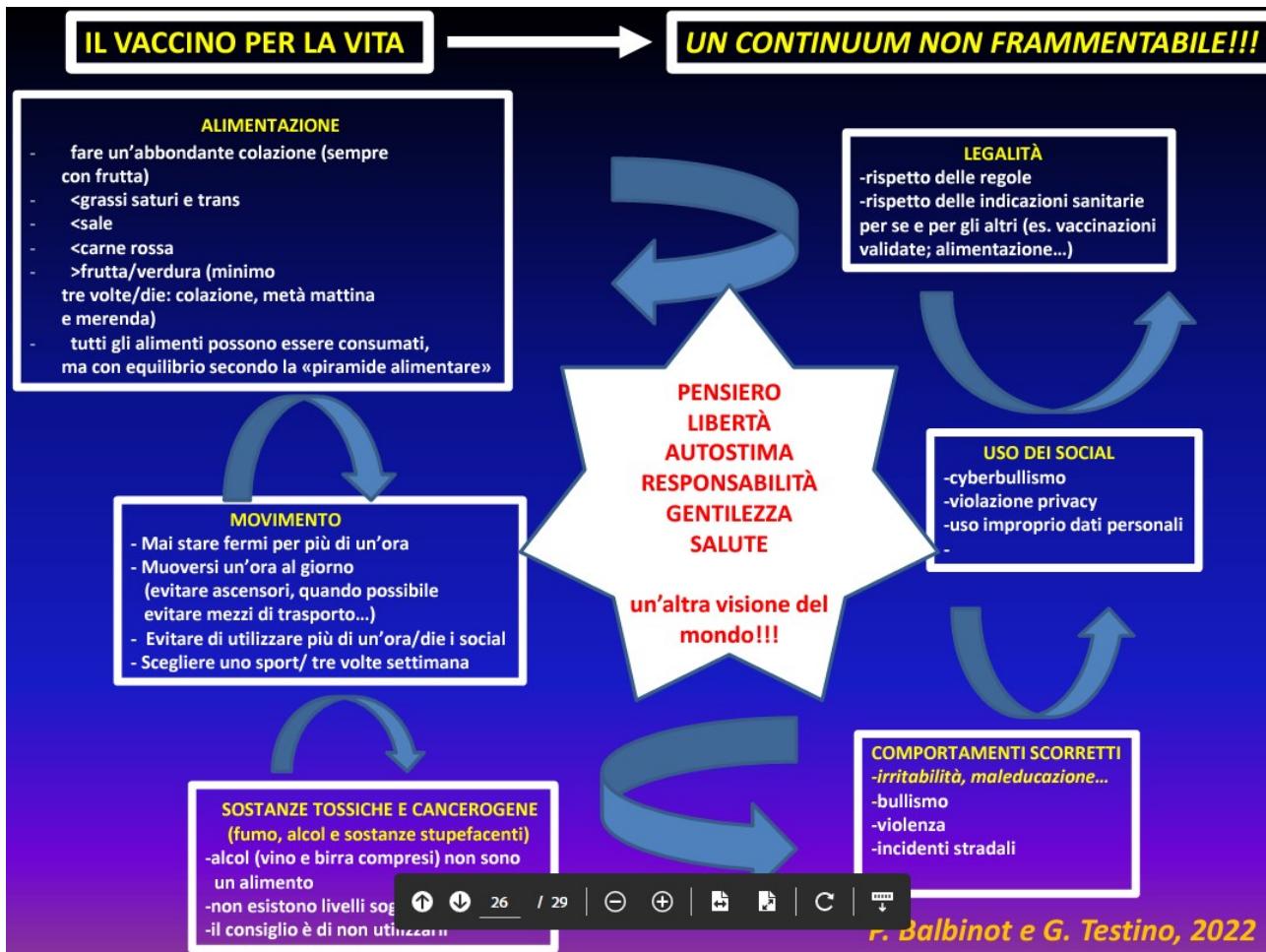
Questi dati dovrebbero essere utili ai decisori politici per implementare politiche di prevenzione e promozione della salute attraverso un insegnamento (Educazione a Corretti Stili di Vita – www.asl3.it) da inserire stabilmente nei programmi scolastici e da riconoscere nel percorso curriculare.

Per raggiungere la massima efficacia, pensiamo che i programmi di prevenzione debbano iniziare nel periodo che precede la piena adolescenza. Questa proposta si basa su valutazioni neuro-anatomiche e neuro-funzionali [23,24].

Alcuni studi sui gemelli hanno dimostrato che fino ai 14 anni di età la predisposizione genetica è molto meno influente dell'ambiente (educazione, esempi ecc.). All'età di 16 anni, questi due fattori sono in equilibrio. Successivamente, la predisposizione genetica, gli istinti, le emozioni e la trasgressione sono più forti dei fattori ambientali. Dick et al. [25] ha mostrato, ad esempio, come a 14 anni l'educazione genitoriale abbia una significativa azione di contenimento rispetto al fumo. Più aumenta l'influenza dei genitori, meno i due ragazzi erano inclini a fumare. Tuttavia, negli anni successivi gli adolescenti hanno avuto una maggiore propensione a seguire il gruppo dei coetanei.

Per questi motivi, affinché i programmi di prevenzione siano efficaci, devono iniziare nel periodo che precede la piena adolescenza (Figura V) [26-31].

Figura V – Educazione a corretti stili di vita – Un vaccino per la vita (una proposta)



Per Corrispondenza

Patrizia Balbinot, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia/Centro Alcolologico Regionale, ASL3 c/o Padiglione 10, Piazzale R. Benzi 10, Ospedale Policlinico San Martino, 16132 Genova, Italy. E-mail: patrizia.balbinot@hsanmartino.it; patrizia.balbinot@asl3.liguria.it

Bibliografia

1. Garofali M. Adolescent substance abuse. *Prim Care Clin Office Pract* 2020; 47: 383-394
2. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2022. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/1)
3. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze. Governo italiano, Dipartimento antidroga, Presidenza del Consiglio dei ministri. Roma, 2019
4. Addolorato G, Vassallo GA, Antonelli G, Antonelli M, Tarli C, Mirijello A et al. Binge Drinking among adolescents is related to the development of Alcohol Use Disorders: results from a Cross-Sectional Study. *Sci Rep* 2018; 8: 12624
5. Shafi A, Berry AJ, Sumnall H, Wood DM, Tracy DK. New psychoactive substances: a review and updates. *Ther Adv Psychopharmacol* 2020; 10: 1-21
6. Farooq MU, Bhatt A, Patel M. Neurotoxic and cardiotoxic effects of cocaine and ethanol. *J Med Toxicol* 2009; 5: 134–138
7. Hingson RW, Assailly JP, Williams AF. Underage drinking: frequency, consequences, and interventions. *Traffic Inj Prev* 2004; 5: 228–236
8. Scafato E, Caputo F, Patussi V, Balbinot P, Addolorato G, Testino G. The under treatment of alcohol-related liver diseases among people with alcohol use disorders. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2020; 24: 974-82
9. United Nations Office on Drug and Crime. Global smart update 2016, <https://www.unodc.org/documents/scientific/Global-SMART-Update-2016-vol-16.pdf>
10. Testino G, Balbinot P, Pellicano R. Alcoholology: a medical specialization in real practice. *Minerva Med* 2019; 110: 185-7
11. Cederbaum AI. Alcohol metabolism. *Clin Liver Dis* 2012; 16: 667-685
12. Finelli R, Mottola F, Agarwal A. Impact of alcohol consumption on male fertility potential: a narrative review. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 328
13. Testino G, Caputo F, Patussi V, Scafato E. Alcohol and cancer: no threshold exists. *Minerva Med* 2020; 111: 523-525
14. Berkey CS, Willett WC, Frazier AL, Rosner B, Tamimi RM, Rockett HRH, Colditz GA. Prospective study of adolescent alcohol consumption and risk of benign breast disease in young women. *Pediatrics* 2010; 125: e1081-e1087
15. Silveri MM. GABAergic contributions to alcohol responsivity during adolescence: insights from preclinical and clinical studies. *Pharmacol Ther* 2014; 143: 197-216
16. Serpelloni G. Cannabis e danni alla salute. Aspetti tossicologici, neuropsichici, medici, sociali e linee di indirizzo per la prevenzione e il trattamento.

<http://www.politicheantidroga.it/pubblicazioni/in-ordine-alfabetico/cannabis-e-cannabis-e-dannialla-salute/presentazione.aspx.2011-A>

17. Burns JK. Pathways from cannabis to psychosis: a review of the evidence. *Frontiers in Psychiatry* 2013; 4: 1-12
18. Testino G, Balbinot P, Pellicano R. Substances use disorders and liver injury: a concise review. *Minerva Gastroenterology* 2021; doi: 10.23736/S2724-5985.21.02885-0
19. Kandel D, Kandel E. The gateway hypothesis of substance abuse: development, biological and societal perspectives. *Acta Paediatrica* 2015; 104: 130-137
20. Balbinot P, Bottaro LC, Pellicano R, Testino G. Local health company 3 Liguria (ASL3) introduces the GLU GLU test for alcohol use disorder identification (alcohol use disorder identification test). *Minerva Gastroenterol* 2022; 68: 234-235
21. Rial A, Garcia-Couceiro N, Gomez P, Mallah N, Varela J, Florez-Menendez G, Isorna M. Psychometric properties of CAST for early detection of problematic cannabis use in Spanish adolescent. *Addict Behav* 2022; 129: 107288
22. Lintonen T, Ahlstrom S, Metso L. The reliability of self-reported drinking in adolescence. *Alcohol Alcohol*. 2004; 39:362–368
23. Caballero A, Granger R, Tseng KY. Mechanisms contributing to prefrontal cortex maturation during adolescence. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2016; 70: 4-12
24. Bundy DAP, de Silva N, Horton S et al. Investment in child and adolescent health and development: key messages from disease control priorities, 3rd Edition. *Lancet* 2018; 391: 687-97
25. Dick DM, Adkins AE, Kuo SIC. Genetic influences on adolescent behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2016; 70: 198-205
26. Testino G, Balbinot P, Pellicano R. Cannabis, health and prevention. *Minerva Cardioangiol* 2021; 69: 474-475
27. Testino G. Alcohol habits among University students in Italy. *Minerva Gastroenterol Dietol*. 2020; 66: 177-178
28. Report - Dati raccolti durante gli incontri nelle scuole della Provincia di Genova Anno Scolastico 2021/2022; <https://www.asl3.liguria.it/territorio/servizi/dipendenze/item/3369-centro-studio-alcologico-regionale.html>
29. Balbinot P, Vari S, Testino G. Progetto educazione a corretti stili di vita. In: Ardis S, Guidi G, Pacitti M, Scattola P. *Rigenerare per la promozione della salute*. Aonia Edizioni (ISBN 978-0-244-70190-1): 2018; pagg. 334-7
30. Balbinot P, Fagoonee S, Pellicano R, Testino G. Lifestyle factors among adolescents. *Minerva Ped* 2018; 70:642-643
31. Balbinot P, Pellicano R, Testino G. Alcohol, smoke, cannabis, new psychoactive substances, non-prescribed drugs consumption among school student in an area of nord-west of Italy. *Minerva Gastroenterol (Torino)*. 2022 Jul 29. doi: 10.23736/S2724-5985.22.03253-3. Online ahead of print. PMID: 35904475

Mauro Semenzato, Centro Soranzo, Venezia

Stefano Canali, Cattedra di Storia delle Scienze della Mente e del Cervello, Dipartimento di Filosofia, Comunicazione e Spettacolo, Università di Roma Tre

Cristian Chiamulera, Cattedra di Farmacologia, Dipartimento Diagnostica e Salute Pubblica, Università di Verona.

Ina Hinnenthal, Direttore SC SerD ASL 3, Genova

Mauro Cibir, Centro Soranzo, Venezia

L'IMPULSIVITÀ COME DIMENSIONE DELL'ADDICTION. FOCUS SUI DISTURBI DA USO DI ALCOL

Riassunto

Le principali correlazioni tra impulsività e DUA/DUS vengono esplorate con riferimento alla letteratura scientifica. L'impulsività emerge come importante fattore di rischio per DUA/DUS e correla in modo significativo con diversi disturbi mentali che si incontrano spesso in comorbidità con le dipendenze. Ciò corrobora l'ipotesi che essa debba essere considerata come un aspetto dimensionale, da trattare in modo specifico a prescindere dalla diagnosi categoriale. Le poche evidenze scientifiche al momento disponibili non consentono di trarre indicazioni utili in merito al trattamento farmacologico dell'impulsività. Al tempo stesso emergono evidenze sempre più solide a favore di interventi comportamentali come mindfulness e yoga per il potenziamento dell'autocontrollo e la regolazione degli impulsi.

Parole Chiave

Impulsività, compulsione, autocontrollo, DUA/DUS

Abstract

Main correlations between impulsivity and AUD/SUD are explored with reference to scientific literature. Impulsivity emerges as an important risk factor for AUD/SUD and as a correlate of several mental disorders that are frequently found in comorbidity with addiction. This supports the hypothesis that impulsivity needs to be considered as a dimensional aspect, to be treated in specific ways regardless of categorical diagnoses. The little scientific evidence available at the moment does not allow drawing useful indications concerning pharmacological treatment of impulsivity. At the same time, a growing body of evidence is emerging in support of behavioural interventions, such as mindfulness and yoga, for self-control improvement and impulses regulation.

Key Words

Impulsiveness, compulsion, self-control, DUA / DUS

L' **impulsività** è la tendenza a reagire a stimoli esterni o emozioni senza la mediazione del ragionamento. Agire d'impulso significa passare ai fatti senza pensare alle possibili conseguenze, come ad esempio dare un pugno a qualcuno sull'onda della rabbia, oppure guidare ad alta velocità senza considerare i rischi. In altri termini, l'impulsività viene identificata con una disposizione a mettere in atto comportamenti non programmati e non mediati dalla riflessione, allo scopo di esplicitare un bisogno interiore che, solitamente, viene percepito come egosintonico e non controllabile. L'attuazione del comportamento impulsivo determina un rinforzo che spinge il soggetto a soddisfare nuovamente l'impulso, con frequenza e intensità sempre maggiori, sperimentando al tempo stesso un profondo disagio ogni volta in cui l'impulso non viene soddisfatto. L'impulsività è stata suddivisa in quattro

costrutti: mancanza di meditazione, mancanza di perseveranza, ricerca di sensazioni, urgenza [1]. Secondo altri autori, tuttavia, la ricerca di sensazioni (“sensation seeking”) rappresenterebbe una dimensione a sé stante, non identificabile *tout-court* con l’impulsività, definita come “la ricerca di sensazioni ed esperienze variegata, complesse, nuove, intense e la disponibilità ad assumersi rischi fisici, sociali, legali per questa esperienza” [2]. Nel *sensation seeking* è centrale l’elemento della ricerca di emozioni e sensazioni forti (cosa che spesso si realizza anche a discapito dei rischi), laddove nell’impulsività, invece, il focus è specificamente sulla mancata valutazione delle conseguenze delle azioni.

Concetto diverso è quello di **compulsione**, che indica un comportamento “costrittivo” o “incontrollabile” attuato al fine di placare, almeno momentaneamente, l’ansia generata dal contenuto egodistonico delle ossessioni, ovvero di pensieri e immagini mentali intrusivi e ricorrenti che dominano la vita psichica dell’individuo. La compulsione si differenzia, pertanto, dall’impulso, che viene agito per il raggiungimento di una ricompensa e si qualifica di solito come egosintonico.

L’opposto dell’impulsività è l’**autocontrollo** ovvero la capacità di regolare intenzionalmente le proprie azioni a dispetto di emozioni, automatismi e spinte impulsive, inibendone l’attuazione ove la si ritenga in contrasto con i propri valori morali, con le norme sociali o con la realizzazione di obiettivi a più lungo termine. La capacità di autocontrollo è correlata alla capacità di programmazione.

Una certa quota di impulsività può essere considerata un fattore adattivo, poiché può consentirci di prendere decisioni veloci adottando comportamenti inusuali e intuitivi, trovando soluzioni estemporanee e creative per far fronte a cambiamenti e situazioni inaspettate, nelle diverse situazioni di vita. Se, tuttavia, l’agire d’impulso diviene preminente, a discapito della capacità di riflessione e programmazione, allora ci troviamo di fronte ad una modalità decisionale e comportamentale disfunzionale e l’impulsività può acquisire caratteristiche patologiche.

Impulsività e neuroscienze

Il comportamento umano emerge dall’interazione complessa tra strutture cerebrali profonde che attivano risposte immediate agli input sensoriali (amigdala, nucleo accumbens, striato) e zone corticali frontali deputate alla inibizione della risposta impulsiva, alla rielaborazione emotiva, al controllo e alla programmazione (corteccia orbitofrontale, girofrontale inferiore, insula, cingolato posteriore).

Le nostre emozioni hanno origine da risposte corporee ad input sensoriali, che poi la corteccia porta a livello di consapevolezza/coscienza. Ad una prima risposta immediata (*vedo un’ombra che sembra un serpente, sento paura, istintivamente faccio un passo indietro, il mio corpo si prepara a scappare*) segue una risposta mediata dal confronto tra il dato sensoriale presente, l’esperienza di vita immagazzinata nella memoria (ippocampo), i valori, le funzioni cognitive e sociali codificate nelle aree corticali (*realizzo che non è un serpente ma una ombra, confronto il dato con la memoria realizzando che la situazione è innocua, il mio corpo torna in situazione di riposo*).

Un funzionamento analogo si riscontra anche nei processi legati al **piacere**: consumo qualcosa di buono, provo piacere e benessere, vado a cercare di nuovo la fonte del piacere per riprovarlo e, allo stesso tempo, memorizzo l'esperienza insieme col contesto ambientale ed emotivo in cui è avvenuta. In questo caso la corteccia può indicarmi la via migliore per giungere alla fonte del piacere, ma anche avvisarmi che il prezzo da pagare per quella esperienza è troppo alto in termini di sforzo fisico od emotivo o che quella esperienza è in contrasto con i miei principi etici.

Gli studi di *neuroimaging* ci mostrano come l'attivazione delle aree prefrontali laterali correli con la disattivazione funzionale delle aree limbiche "calde", impulsive, appetitive, emotive: in altre parole, tra le strutture cerebrali citate esiste un accoppiamento funzionale inverso, che si manifesta in particolare durante l'esercizio dell'autocontrollo, nell'inibizione di un impulso.

L'autocontrollo e la programmazione dell'azione sono dunque funzioni *top-down* nel senso che le aree superiori della corteccia regolano e inibiscono le funzioni dei centri emotivi ed impulsivi. Ogni azione è frutto di un particolare equilibrio tra spinte impulsive profonde e funzioni cognitive corticali di controllo e inibizione. Se prevale l'attività dei centri emotivi e motori, il nostro comportamento si sposta verso il registro dell'impulsività. Se a prevalere è l'attività dei centri corticali di controllo, risulterà predominante il registro dell'autocontrollo, fino a raggiungere, in caso di eccesso, l'inibizione comportamentale. Il comportamento "normale" è dato dall'equilibrio di queste funzioni, un equilibrio personale ed in continua evoluzione, legato alla esperienza di vita immagazzinata nella memoria.

La relazione tra Impulsività ed uso di alcol/sostanze

Tra impulsività e Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) e Alcol (DUA) esiste una serie di importanti e complesse relazioni: i soggetti con forte impulsività sono maggiormente vulnerabili rispetto allo sviluppo di DUA/DUS, mentre l'uso di sostanze sia acuto sia cronico accentua la tendenza all'impulsività. Questo secondo aspetto riguarda non soltanto l'impulsività direttamente correlata all'intossicazione, ma anche l'instaurarsi e il rafforzarsi di tratti di personalità caratterizzati dalla diminuzione del controllo. Quanto detto vale per tutte le addiction, sia quelle da sostanze sia quelle comportamentali come il Gioco d'azzardo patologico e la dipendenza da smartphone; è valido, inoltre, anche per la componente "addictive" dei Disturbi Alimentari (bulimia, binge eating, etc).

Quindi, così come l'uso di alcol/sostanze può portare a una modificazione dei meccanismi neurobiologici legati all'autocontrollo, allo stesso modo il deficit del controllo dell'impulso può essere già presente prima dell'inizio dell'uso e può costituire un fattore di rischio per quest'ultimo.

La predisposizione genetica all'impulsività e quindi allo sviluppo di addiction è centrata su un set di geni che promuovono la sensazione di benessere tramite il rilascio di dopamina nel sistema mesolimbico. La disfunzione della cascata cerebrale della ricompensa causata da specifiche varianti genetiche può causare una ipoattività dopaminergica che si esprime come impulsività e come ricerca di "supergratificazioni", come quelle indotte dalle sostanze psicoattive. In particolare, alcol, cannabis, nicotina, cocaina vengono ricercate allo scopo di compensare il deficit di reward. L'espressività dei geni

predisponenti all'impulsività può essere ampiamente modulata dalle esperienze di vita, in particolare durante l'infanzia e l'adolescenza: così come eventi traumatici possono aumentare il rischio di abuso di sostanze attraverso l'aumento della impulsività [3], ambienti di crescita di alta qualità possono significativamente ridurlo nei soggetti ad alto rischio genetico [4].

Numerosi studi sperimentali e clinici supportano l'idea dell'impulsività come situazione predisponente all'uso di alcol e droghe, in particolare nella forma del poliabuso di sostanze; l'impulsività correla inoltre con l'abbandono del trattamento e con la ricaduta nell'uso [5].

Un esempio ben documentato di vulnerabilità all'addiction mediata da eccessiva impulsività è quello che avviene nei soggetti con ADHD (Deficit dell'attenzione ed iperattività), un disturbo del neurosviluppo che si presenta soprattutto nei bambini con una prevalenza del 6-9 %, ma che in molti casi persiste nell'adulto. L'ADHD ha una maggiore prevalenza negli adulti con Disturbi da uso di sostanze che nella popolazione generale ed è considerato un fattore di rischio per lo sviluppo di DUS. Nei soggetti con Disturbo da uso di Alcol (DUA) si riscontra una prevalenza di ADHD che va dal 7 al 21 % nei vari studi.

La maggior prevalenza di ADHD nei DUA sembra attribuibile alla maggiore suscettibilità all'uso precoce di alcol; i soggetti con DUA + ADHD presentano inoltre una maggiore reattività agli stimoli ambientali associati all'uso, caratteristica che favorisce il mantenimento del comportamento di addiction nel tempo; presentano inoltre maggiore comorbidità psichiatrica e poliabuso di sostanze [6,7]. Va notato inoltre come soggetti con Disordini dello spettro alcol fetale possano presentare un quadro simile all'ADHD non determinato geneticamente ma dovuto alla esposizione intrauterina all'etanolo [8].

Il caso dell'ADHD costituisce, dunque, un esempio paradigmatico di come l'impulsività influenzi l'insorgenza ed il decorso dei DUA/DUS. Ciò, tuttavia, non deve far pensare che tale situazione sia riservata ai soggetti con ADHD: tutte le condizioni che comportano un aumento di impulsività ed un deficit dell'autocontrollo aumentano la vulnerabilità per DUA/DUS/GAP e ne peggiorano la prognosi.

L'uso di alcol e sostanze comporta dunque un aumento dei livelli di impulsività, in particolare se l'esposizione avviene durante l'adolescenza, ossia nella fase del ciclo di vita in cui si registrano i maggiori cambiamenti nel cervello. Tale cambiamento, inizialmente legato alla intossicazione, diviene in seguito una caratteristica stabile della personalità [9].

Ma come avviene questo spostamento verso l'impulsività?

La capacità di modificare il funzionamento mentale è ciò che ci fa definire un principio attivo come "sostanza psicoattiva". La modificazione avviene in maniera differente a seconda della tipologia di sostanza, ma tutte le sostanze psicoattive (e anche i comportamenti di addiction come il gioco d'azzardo) sono accomunate dalla capacità di agire sia sul versante del sistema emotivo mesolimbico sia su quello dei sistemi della programmazione e del controllo. Il piacere "artificiale" prodotto dalla sostanza viene memorizzato insieme al contesto emotivo, corporeo e ambientale in cui avviene l'uso; il ritorno a quel contesto agisce come innesco che attiva il comportamento di ricerca della gratificazione. Al tempo stesso, l'azione delle sostanze sui circuiti corticali prefrontali deputati al controllo del

comportamento e alla programmazione (decision making) produce un progressivo spostamento del comportamento verso la impulsività: si riduce la capacità di “valutare” il valore della ricompensa, il rapporto tra costo e benefici, nonché l’opportunità sociale o morale dell’azione necessaria per raggiungerla, attraverso il “confronto” tra i dati sensoriali attuali e le esperienze immagazzinate nella memoria. Viene meno, quindi, o risulta compromessa, l’abilità di valutare le conseguenze delle proprie azioni e di prendere decisioni ponderate. Proprio ciò che accade, per esempio, quando ci si mette alla guida dopo aver bevuto anche piccole quantità di alcol: la tendenza comune è quella di andare più forte, sottovalutando il rischio di sanzioni o di incidenti. Se l’assunzione di sostanze psicoattive si ripete, un poco alla volta il cervello si adatta alla nuova situazione per fenomeni neuroplastici e lo spostamento verso il registro dell’impulsività diviene stabile: vi è un cambiamento di aspetti di personalità che impronta tutta la vita della persona con addiction, anche al di fuori dei periodi di intossicazione, fino ad arrivare a gravi deficit dei processi di decision making.

La tipologia di Cloninger

Negli anni 80 Robert Cloninger aveva descritto due gruppi di persone con alcolismo che potevano essere distinte per le caratteristiche indicate nella tab 1.

Tabella 1: La tipologia di Cloninger [10]

Tipo 1: Inizio tardivo (>25 anni), Comportamento prevalente: evitamento (harm avoidance) Effetto ricercato: ansiolitico/ antidepressivo, rilassamento psicofisico Craving: relief craving (desiderio di ridurre la tensione)
Tipo 2: Inizio precoce, evoluzione rapida Comportamento prevalente: ricerca sensazioni (Novelty Seeking) Poliabuso. Reward craving (desiderio di ricompensa)

La novelty seeking viene descritta da Cloninger come un tratto di personalità associato con la ricerca di novità e con l'impulsività. Si può notare una forte analogia tra la Novelty Seeking di Cloninger e la Sensation Seeking di Zuckerman: due concetti ampiamente sovrapponibili, che si differenziano per il fatto che nella prima si sottolinea l'ottenimento del piacere attraverso la ricerca di novità, mentre nella seconda l'accento è posto sulla ricerca di sensazioni forti. La novelty seeking è considerata da Cloninger una delle dimensioni temperamentali (cioè legate al dato biologico) della personalità.

Un aspetto importante del modello di Cloninger è la distinzione tra due forme di craving, l'una tendente alla ricerca di sollievo da un disagio mentale (relief) e l'altra legata alla ricerca di piacere (reward). Il **relief craving**, deriverebbe da una disregolazione dell'attività GABA/glutammatergica, con conseguente ipereccitabilità neuronale indotta dal glutammato e ipersensibilità agli effetti sedativi provocati dall'etanolo. Quest'ultimo verrebbe quindi a svolgere il ruolo improprio di un farmaco per "l'autocura" dell'ansia e dello stress. Il relief craving sembra essere tipico di soggetti che hanno sviluppato la addiction tardivamente, specialmente a seguito di eventi traumatici verificatisi in età adulta, oppure eventi traumatici isolati nell'infanzia che vengono "riattivati" da episodi della vita adulta. Il **reward craving**, invece, sarebbe causato dalla disregolazione del sistema dopaminergico/oppioidergica, avrebbe esordio precoce e si riscontrerebbe più frequentemente in soggetti maschi con storia familiare di abuso di alcol. Questi soggetti sembrano avere un'ipersensibilità ai rinforzi positivi indotti dalle sostanze e maggiore presenza di novelty seeking. Dal punto di vista neurobiologico, il reward craving è legato ad un deficit primitivo del sistema della ricompensa (Reward Deficiency Syndrome) dovuto ad un malfunzionamento geneticamente determinato del recettore D2 della dopamina [11]. Come dimostrato da studi di epigenetica, l'espressione di tale caratteristica genetica correla con la presenza di eventi traumatici multipli nell'infanzia, spesso nella forma del Neglect (trascuratezza) o dell'ambiente invalidante [12-15].

I soggetti con questo tipo di background presentano un elevato rischio di abuso di sostanze, spesso in maniera multipla e disordinata, associato a gioco patologico, sex addiction, abbuffate di cibo; comportamenti che, a loro volta, sono correlati all'impulsività ed alla ricerca di sensazioni.

In altre parole, il soggetto ricerca sostanze e comportamenti che diano forti sensazioni, nel tentativo di superare una condizione di anedonia cronica, determinata da un sistema biologico poco responsivo agli stimoli fisiologici normali. Caratteristiche simili a quelle di questi soggetti, si ritrovano ampiamente nel quadro dei Disturbi di personalità di cluster B, in particolare borderline e antisociale.

La definizione del tipo II secondo il modello di Cloninger ha numerose conseguenze prognostiche e terapeutiche. Questa tipologia di soggetti, in genere, ha un decorso più complesso, caratterizzato da periodi di remissione e ricadute, presenta spesso importanti sintomi di sofferenza psichica e livelli di funzionamento deficitari. Da un punto di vista terapeutico, nei soggetti di tipo II sono particolarmente indicati, oltre ai consueti interventi focalizzati sulla dipendenza, anche interventi mirati al miglioramento delle capacità di autoregolazione emotiva e autocontrollo. Infatti, mentre nel tipo I l'impulsività e i deficit della programmazione tendono a riequilibrarsi in maniera relativamente rapida una volta raggiunta l'astinenza, nel tipo II sono necessari tempi lunghi ed interventi specifici.

L'impulsività come dimensione psicopatologica

Nel DSM 5 [16] vi è un capitolo dedicato a *Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta*: si tratta di condizioni in cui i problemi di autocontrollo sono centrali e che si manifestano con comportamenti che violano i diritti degli altri o che entrano in conflitto con norme sociali in maniera frequente, persistente, pervasiva (Disturbo della condotta, Disturbo esplosivo intermittente, Disturbo esplosivo provocatorio, Piromania, Cleptomania, a cui va aggiunto il Disturbo antisociale di personalità, che il DSM 5 colloca sia in questo capitolo che tra i Disturbi di personalità).

Nella realtà clinica quotidiana è assai più frequente confrontarsi con l'impulsività come **dimensione** di numerosi disturbi mentali quali Disturbo di personalità Borderline, Disturbi da Uso di Sostanze, GAP ed altre dipendenze comportamentali, ADHD, Disturbo Bipolare (soprattutto nella fase maniacale, ma non va sottovalutata la possibilità di agiti impulsivi anche in fase depressiva), Disturbi posttraumatici, Disturbi alimentari.

Tutte queste condizioni, d'altra parte, presentano non solo una forte comorbilità reciproca, ma anche aspetti patogenetici e clinici comuni.

Per tutti questi disturbi, infatti, vi sono crescenti evidenze di un'associazione significativa con situazioni traumatiche infantili, in particolare con traumi multipli e ripetuti o con situazioni di grave trascuratezza da parte dei caregiver (Neglect).

L'aumento del discontrollo emotivo sarebbe frutto della traumatizzazione, che portando ad una percezione dicotomica ed estremizzata delle emozioni (tutto/nulla) si manifesterebbe infine nel comportamento sotto forma di impulsività. Il persistere dei fattori traumatici o la sovrapposizione di altre condizioni come l'uso di alcol/sostanze o l'eccesso di realtà virtuale nella adolescenza ostacola la normale maturazione corticale, risultando in un deficit dei processi di controllo e programmazione. Se tutto ciò accade ad una persona con una predisposizione genetica all'impulsività, il gioco è fatto: la risultante è la crescita dell'impulso e lo sviluppo delle patologie ad esso correlate.

Alcuni studi recenti supportano l'ipotesi che tra impulsività e traumatizzazione esista una correlazione diretta, mentre altri aspetti psicopatologici che definiscono il disturbo mentale dipenderebbero invece da fattori diversi, come lo stile di attaccamento e le risorse di coping: sarebbero questi ultimi aspetti a determinare la particolare "via" psicopatologica che prende l'individuo traumatizzato nella vita adulta [17,18].

In questa prospettiva, quindi, l'impulsività non sarebbe un sintomo come tutti gli altri, bensì il primo segno di una situazione che evolverà probabilmente verso una delle condizioni patologiche citate in precedenza.

Un'altra correlazione diretta lega l'impulsività alla più grave tra le conseguenze della sofferenza mentale, ovvero il suicidio [19]. Anche in Italia, nonostante il tasso grezzo di 8,2 per 100.000 abitanti ci collochi ancora tra i Paesi con la mortalità per suicidio più bassa d'Europa, sta suscitando grande allarme l'aumento dei suicidi nelle persone in età lavorativa e nei giovani, particolarmente nelle regioni del Nord [20]. Laddove tutti i disturbi mentali gravi e i disturbi di dipendenza risultano essere fattori di rischio a lungo termine per il comportamento suicidario, l'impulsività emerge per la correlazione diretta e prevalente che sembra avere con l'atto suicidario in sé e per sé. Non a caso l'abuso di alcol è dimostrato essere un fattore di rischio per il suicidio, in quanto aumenta l'impulsività e riduce la capacità di giudizio [21].

Tutto ciò rinforza l'idea, già presente da tempo, che l'impulsività e i suoi correlati siano da considerare come un aspetto dimensionale, da diagnosticare e trattare in maniera specifica, indipendentemente dal disturbo mentale categoriale in cui si colloca.

Modulare l'impulsività/migliorare l'autocontrollo

Se è vero che l'autocontrollo può venir meno a seguito di un uso eccessivo di alcol/sostanze, è anche vero che esso può essere esercitato e reso più efficace. In un certo senso, l'autocontrollo si comporta come un muscolo: se viene sottoposto a un esercizio costante si rafforza, mentre perde di efficienza se costretto ad uno sforzo intenso e prolungato.

Tutto quello che ci sovraccarica e ci stressa favorisce l'esaurimento dell'autocontrollo [22]. Ciò include gli stimoli ambientali distraenti che richiedono un costante sforzo di focalizzazione o il continuo controllo sulle emozioni e gli atti impulsivi ad esse correlate; anche la fatica fisica, la fame, la stanchezza ed il sonno insufficiente possono portare all'esaurimento dell'autocontrollo e quindi ad atti impulsivi quali la ricaduta nelle sostanze psicoattive, nel gioco d'azzardo, nelle abbuffate di cibo.

Allenare l'autocontrollo per renderlo più efficace richiede un esercizio costante ma anche calibrato nell'intensità, in modo tale da prevenirne l'esaurimento. La possibilità di "allenarsi" è stata dimostrata sperimentalmente a partire da vari esercizi comportamentali, quali il controllo della postura [23] o l'uso della mano non dominante [24].

A partire da queste osservazioni sono state testate varie tecniche finalizzate al miglioramento dell'autocontrollo. Ad esempio, si è rilevato come l'affermazione dei propri valori personali, per esempio

attraverso la redazione di un testo scritto sul tema, possa ridurre lo stress e il disagio emotivo, contribuendo quindi a ridurre anche il rischio di esaurimento dell'autocontrollo [25]. Un'altra tecnica utile in tal senso è l'implementazione delle intenzioni, che parte dalla osservazione che molti nostri comportamenti sono agiti in maniera automatica: l'implementazione delle intenzioni consiste nel farsi un piano di azione predefinito a fronte di situazioni stimolo, in cui abitualmente si risponderebbe in maniera automatica; l'azione alternativa prestabilita richiederà, inizialmente, uno sforzo volontario e consapevole, ma in seguito potrà diventare essa stessa un automatismo [26].

Nella specie umana una parte importante dei processi di autocontrollo e di regolazione delle emozioni, degli impulsi passa attraverso il linguaggio, è condizionata dal modo in cui un individuo rappresenta, descrive, analizza, pondera, linguisticamente le dinamiche, i processi e i contenuti mentali. Una linea di ricerca innovativa e stimolante è quella che esamina il rapporto tra linguaggio e autocontrollo, regolazione delle emozioni, degli impulsi e della condotta. Lo studio di Lieberman e all. [27], per esempio, ha dimostrato che durante l'osservazione di foto di persone con varie espressioni emotive, l'attivazione dell'amigdala diminuiva e l'attivazione della corteccia prefrontale aumentava, se ai soggetti era richiesto di nominare esplicitamente l'emozione percepita, rispetto alle attivazioni rilevate durante la semplice osservazione delle stesse foto. La ricerca del gruppo di Lieberman, come le molte analoghe condotte, in seguito, suggerisce che il consapevole etichettamento linguistico di un'emozione percepita contribuisce a una regolazione efficace e quindi può facilitare l'autocontrollo. Verosimilmente, quindi, i training che migliorano la capacità di riconoscere ed etichettare verbalmente le emozioni possono contribuire a migliorare la regolazione emotiva e, conseguentemente, diminuire il consumo di sostanze. È noto come l'esercizio fisico abbia molti effetti positivi sulla salute e sul benessere: questi effetti, insieme a quello specifico sull'autocontrollo hanno portato a proporlo come intervento utile nei Disturbi da uso di sostanze [28]. Numerosi studi sottolineano l'effetto specifico dell'esercizio fisico sulle funzioni esecutive, a cui consegue un maggiore autocontrollo; tale effetto sarebbe dovuto all'aumento della attività nelle aree corticali deputate alla programmazione ed alla regolazione emotiva [29].

Altri due tipi di attività che possono svolgere un ruolo importante nello sviluppo dell'autocontrollo e nei programmi di trattamento dei DUS/DUA sono la mindfulness e le pratiche contemplative basate sul movimento, come lo yoga, a cui dedicheremo i prossimi paragrafi.

Mindfulness, regolazione emotiva e impulsività

Benché il termine "mindfulness" venga spesso usato come sinonimo di "meditazione", in realtà la mindfulness rappresenta solo una parte delle molteplici tecniche meditative esistenti e finalizzate ognuna a coltivare una particolare qualità o stato mentale: attenzione, concentrazione, consapevolezza, rilassamento, empatia, compassione, perdono e così via. Il training mindfulness si basa sulla pratica dell'attenzione e di una forma aperta di consapevolezza dei contenuti mentali (percezioni, pensieri, memorie, emozioni, desideri, ecc.) che prescinde però dall'identificazione con essi: l'osservazione deliberata, curiosa, ma distaccata e non giudicante di tutto ciò che entra nel dominio della coscienza

momento per momento. Il primo studio in cui viene esplicitamente richiamata la potenziale utilità terapeutica della mindfulness nei DUS è stato pubblicato nel 2004 e riguarda le strategie di controllo del desiderio delle sostanze, la regolazione del craving [30]. A partire dalla fine degli anni duemila, grazie soprattutto all'impulso dato da Sarah Bowen, Alan Marlatt [31] e colleghi, le ricerche sull'applicazione degli interventi basati sulla mindfulness nel trattamento dei disturbi da uso di sostanze e delle dipendenze si sono rapidamente diffusi. Negli ultimi dieci anni l'interesse della ricerca e della clinica sulle pratiche mindfulness ha subito una straordinaria accelerazione, nell'ambito delle dipendenze e non solo. Oggi sono disponibili diverse revisioni sistematiche che indicano il training mindfulness come un efficace trattamento per il disturbo da uso di alcol/sostanze e le dipendenze comportamentali [32-34].

Il Five Facet Mindfulness Questionnaire [35] è un importante studio empirico che individua nella mindfulness cinque tratti fondamentali:

- 1) Osservare (prestare attenzione e notare tutti gli stimoli interni ed esterni che si presentano alla coscienza, come sensazioni, emozioni, elementi cognitivi – memorie, ragionamenti, monologo interiore, ecc.);
- 2) Descrivere (prendere nota cognitivamente, etichettare mentalmente questi stimoli con parole);
- 3) Agire con consapevolezza (prestare attenzione all'azione in corso, in maniera opposta all'azione automatica e inconsapevole che accomuna gran parte dei nostri comportamenti);
- 4) Atteggiamento non giudicante rispetto agli stimoli, ai pensieri, ai contenuti di coscienza, all'esperienza interna (astenersi da ogni forma di valutazione delle sensazioni, cognizioni ed emozioni esperite);
- 5) Non-reattività all'esperienza interna (permettere ai pensieri e agli stati affettivi di manifestarsi e di passare via senza venir catturati, senza reagire, lasciandoli andare).

Durante la pratica mindfulness il soggetto mantiene l'attenzione e osserva tutto ciò che appare alla coscienza, ricordi, emozioni, sensazioni, desideri, pensieri, allenandosi a riconoscere, accettare e lasciare andare tutti questi contenuti che si affacciano alla coscienza, senza identificarsi con essi, prendendo consapevolezza della loro alterità e del loro carattere transitorio, impermanente. La pratica mindfulness richiede quindi l'esercizio delle funzioni metacognitive, ossia della capacità di fare dei propri stessi contenuti e processi mentali un oggetto di osservazione e consapevolezza. Questa capacità di osservare il proprio io come da una certa distanza, con un certo grado di separatezza, questa nuova e particolare forma di consapevolezza, sono la condizione *sine qua non* per il monitoraggio e il controllo dei processi automatici di tipo affettivo, cognitivo e comportamentale, che in relazione alle sostanze risultano amplificati.

Il training della mindfulness sembra quindi attivare una sorta di de-automatizzazione delle strutture che organizzano, limitano, selezionano e interpretano gli stimoli interni e ambientali. Allo stesso tempo, il potenziamento della metacognizione può favorire la consapevolezza che i pensieri, le emozioni, i desideri, le idee ricorrenti, le sensazioni sono soltanto eventi che attraversano la mente, contenuti impermanenti e talora accidentali, spesso distanti dalla realtà e non, come invece siamo soliti pensare, aspetti sostanziali del sé o giudizi oggettivi sul mondo e sulle esperienze. Si tratta di un profondo cambio

di prospettiva, un ribaltamento cognitivo che è stato anche denominato decentramento, ripercezione o de-fusione. Tale cambiamento può facilitare lo sviluppo di un atteggiamento non giudicante e non reattivo verso le esperienze mentali, gli stimoli fisici e ambientali. Un atteggiamento capace di ridurre cospicuamente i carichi affettivi, soprattutto negativi, legati alle esperienze che possono alimentare il ciclo della dipendenza e conseguentemente, rendere più agevole l'osservazione e quindi il controllo di queste stesse esperienze, soprattutto verso quelle più penose, che più si associano al consumo e alle ricadute.

Rispetto a molte delle strategie di intervento usate in clinica, il training mindfulness ha il vantaggio di insegnare un semplice set di attitudini comportamentali che possono essere applicate vantaggiosamente ai diversi stadi del loop che alimenta una dipendenza, dalla riduzione del craving a quella dello stress, dalla diminuzione dell'automaticità del comportamento verso gli inneschi correlati alle sostanze all'aumento delle capacità di controllo in situazioni di conflitto tra tendenza all'azione impulsiva e controllo volontario. Insegnando a notare e osservare in modo non giudicante e non reattivo le percezioni somatiche e i contenuti mentali, la mindfulness contribuisce a promuovere la sostituzione dell'associazione patologica appresa tra stress, reazione affettiva, craving, consumo di sostanze con una risposta adattativa regolata, volontaria e quindi meno disfunzionale. La trasversalità e l'ubiquità degli effetti della mindfulness sulle funzioni cognitive e sulla regolazione delle emozioni fa sì che queste pratiche possano agire anche sulle diffuse condizioni di comorbidità delle dipendenze, come la depressione, il disturbo d'ansia: il beneficio in questo caso è duplice perché i sintomi dei disturbi del comportamento che occorrono parallelamente alle dipendenze, sono fattori di stress e sofferenza che tendono a causare il consumo e le ricadute.

La MBRP (Mindfulness Based Relapse Prevention – Prevenzione della ricaduta basata sulla Mindfulness) è un protocollo di intervento che combina il programma cognitivo-comportamentale di prevenzione delle ricadute messo a punto da Marlatt nel 1985 con la pratica mindfulness [36].

I partecipanti al programma MBRP sono addestrati a riconoscere precocemente i segnali associati alle ricadute, a individuare ed essere maggiormente consapevoli dei segnali ambientali, emotivi, viscerali, somatici capaci di innescare il craving o i comportamenti strumentali o automatici di ricerca e uso. In parallelo a questa parte del training è svolto l'addestramento della capacità di gestire tali segnali, di regolare gli impulsi e di fronteggiare le situazioni, con l'obiettivo ulteriore di migliorare il senso di autoefficacia. Più in generale, nell'idea di Marlatt, le pratiche e gli esercizi del programma MBRP sono disegnati per aumentare la consapevolezza e potenziare la capacità di rispondere in modo intenzionale alle più diverse situazioni della vita, limitando la componente di automatismo del comportamento e coltivando invece l'attenzione deliberata verso le esperienze sensoriali, emotive e cognitive, non soltanto nelle situazioni che possono indurre l'innescio del consumo ma in tutte le normali attività quotidiane.

Molti degli esercizi previsti nella MBRP, inoltre, hanno come specifico obiettivo lo sviluppo della tolleranza agli stati negativi di tipo fisico, emotivo e cognitivo, al fine di ridurre la necessità di attenuare il

disagio attraverso comportamenti impulsivi e potenzialmente associati a una qualche forma di ricompensa, attuale o appresa.

Il protocollo di intervento prevede otto sessioni di gruppo settimanali da due ore l'una. I gruppi vanno dai 6 ai 10 partecipanti e sono tenuti da due terapeuti. Ogni sessione ha un tema centrale, si apre con una pratica meditativa guidata di circa 20-30 minuti seguita da una serie di relative discussioni ed esercizi sulla prevenzione delle ricadute. I temi includono argomenti come gli automatismi e le loro connessioni con le ricadute, il riconoscimento dei pensieri e delle emozioni che innescano il craving, l'incorporazione delle pratiche mindfulness e lo sviluppo della consapevolezza nelle attività quotidiane, l'addestramento delle strategie di fronteggiamento nelle situazioni a rischio e nello stress. La sessione si chiude con l'assegnazione degli esercizi da compiere durante la settimana. Il programma prevede la distribuzione di file audio con le registrazioni delle pratiche guidate ai partecipanti.

Ad oggi, MBRP si è dimostrato efficace nel trattamento del disturbo da uso di sostanze rispetto ai trattamenti tradizionali e rispetto alla prevenzione della ricaduta effettuata in maniera "tradizionale" [37,38].

Yoga ed altre pratiche contemplative basate sul movimento

Lo Yoga può essere definito come un sistema tradizionale di pensiero e di pratiche finalizzato al perseguimento del benessere psicofisico e all'evoluzione psicologica, etica e spirituale degli individui. Esistono significative differenze tra lo yoga classico, le forme di yoga al giorno d'oggi più diffuse e, ancor più, l'idea di "yoga" prevalente nell'immaginario collettivo odierno. Se lo yoga classico tendeva a concentrarsi maggiormente su fattori che potremmo definire "strategie cognitive di autoregolazione" in modo analogo, peraltro, alle coeve tradizioni meditative buddhiste da cui è derivata la mindfulness, il moderno *hatha yoga* dedica ampio spazio alla componente della pratica corporea, costituita da posizioni (*asana*) e tecniche di respirazione (*pranayama*). Le moderne *Yoga Based Practices* sono state infatti definite come "...moderne pratiche psicofisiologiche che impiegano una serie di tecniche basate su movimento, respiro e attenzione mutuata da diverse tradizioni yogiche [...e finalizzate a...] ottimizzare la salute, promuovere la riduzione dello stress e aumentare l'autoregolazione» [39].

Accanto allo yoga, nelle sue varie forme, esiste un ulteriore ed eterogeneo insieme di discipline finalizzate alla promozione del benessere psicofisico, sia di origine antica e orientale (come *tai chi* e *qigong*) sia di origine occidentale e moderna (come Metodo Feldenkrais, Approccio Trager, Tecnica Alexander e simili), che sono accomunate dal fatto di combinare in vario modo la componente del movimento corporeo e del respiro con quella dell'esperienza contemplativa o, quantomeno, di un particolare esercizio di attenzione e consapevolezza.

Alcune di queste discipline, recentemente raccolte insieme allo yoga sotto la definizione generale di *Movement-Based Embodied Contemplative Practices* (MECPs), si sono dimostrate utili per alleviare i sintomi di condizioni cliniche come cancro, malattia di Parkinson, dolore cronico, fibromialgia, disturbo

post-traumatico da stress, ADHD, depressione e disturbi d'ansia, nonché per influenzare positivamente il funzionamento cognitivo, lo stato emotivo percepito e diversi parametri fisiologici legati allo stress in individui sani [40].

Contemplazione e movimento sono, per definizione, le due caratteristiche distintive delle *Pratiche contemplative basate sul movimento*.

Per “contemplazione”, in questa sede, possiamo intendere semplicemente un tipo di attenzione e un tipo di atteggiamento analoghi a quelli raccomandati nella pratica della mindfulness e già descritti nel precedente paragrafo.

Elemento peculiare delle MECPs è che l'oggetto della contemplazione è l'esperienza stessa del movimento corporeo in tutte le sue sfaccettature: a partire dalla semplice intenzione di movimento, con il suo corredo di aggiustamenti tonico-posturali preparatori, fino al suo eventuale completamento nello spazio, includendo in ciò anche le fasi di transizione e le eventuali divagazioni attentive, alle quali si risponderà con una consapevolezza non giudicante e un paziente riorientamento dell'attenzione.

Rispetto alla mindfulness, dunque, c'è un più specifico orientamento agli aspetti somatici dell'esperienza, nonché una maggiore componente di attivazione fisica, la cui intensità può comunque variare in modo anche molto considerevole.

L'effetto dello Yoga (attualmente la più studiata tra le MECPs) sulla regolazione di numerosi parametri fisiologici ed emotivi si traduce nella maggior capacità di reazione allo stress, utile in numerose malattie fisiche e psichiche oltre che come fattore di benessere. Nello specifico delle funzioni cognitive è documentato il miglioramento nelle prestazioni della memoria di lavoro [41] e della memoria a breve e a lungo termine [42]; vengono inoltre potenziate le funzioni esecutive e la regolazione emotiva, con evidenza di corrispondenti cambiamenti neuroplastici in termini di incremento del volume della materia grigia in zone specifiche delle regioni frontali, limbiche, temporali, occipitali e cerebellari [43]. Aumenta inoltre la capacità di reclutare selettivamente le regioni prefrontali per attenuare le reazioni a stimoli emotivi disturbanti e mantenere il focus su un dato compito cognitivo [44]: tutti elementi che potenziano l'autocontrollo e la capacità di inibire le reazioni impulsive.

La revisione della letteratura curata da Sarkar e Varshney [45], oltre a fornire un quadro delle evidenze scientifiche su yoga e dipendenze, offre anche una schematizzazione delle funzioni che lo yoga potrebbe svolgere nei DUS e DUA (Fig. 1).

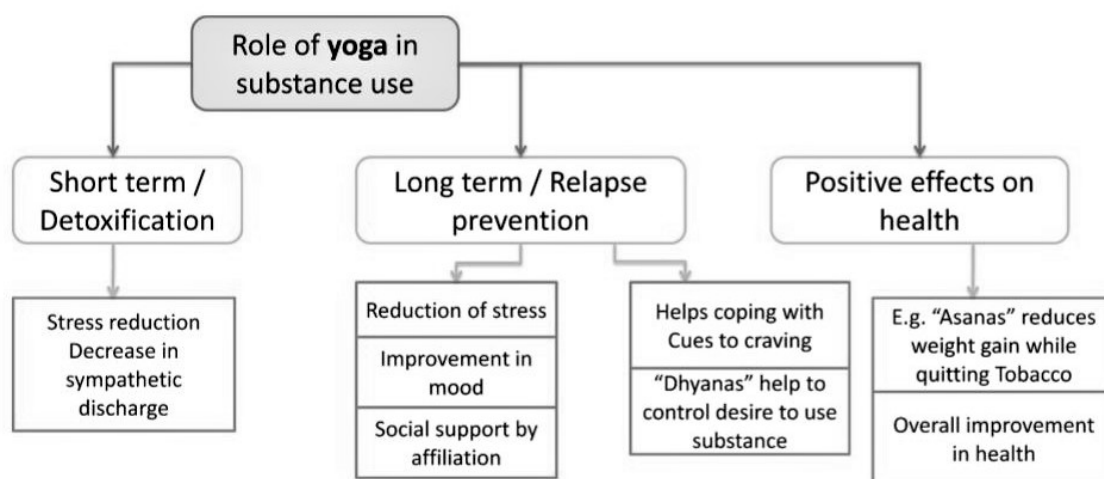


Fig. 1 - Role of yoga in substance use (Sarkar & Varshney, 2017)

Secondo lo schema proposto dai due autori, l'utilità dello yoga nell'ambito dell'*addiction* può essere riassunta e suddivisa come segue:

- *Breve termine / disintossicazione*: riduzione dello stress e diminuzione della scarica nervosa simpatica;
- *Lungo termine / prevenzione*: riduzione dello stress, miglioramento dell'umore, supporto sociale tramite appartenenza al gruppo di pratica, migliore gestione del craving grazie alle pratiche yogiche di meditazione;
- *Effetti sulla salute generale*: per esempio, la pratica delle posture può moderare l'aumento di peso nei tabagisti che smettono di fumare.

Lo Yoga, nella forma del Kundalini Yoga, è parte integrante del programma psicoterapico residenziale del Centro Soranzo; in questo contesto abbiamo potuto osservare come l'intensità psicofisiologica e la completezza di questo stile di yoga giochino un ruolo di particolare importanza, e come alcuni pazienti "scelgano" questa pratica come via centrale nel loro percorso di recovery, continuando a praticare anche al di fuori del programma residenziale [46].

Farmacoterapia della impulsività nei Disturbi da Uso di Alcol

Se, come abbiamo visto, l'impulsività è un elemento centrale nello sviluppo e nel mantenimento dei Disturbi da Uso di Sostanze/Alcol e nei comportamenti di Addiction, nel trattamento di questi disturbi dovrebbe essere di centrale importanza la definizione di un approccio farmacoterapico adeguato ed efficace per la riduzione dell'impulsività. Tale definizione, tuttavia, è resa difficoltosa dallo scarso numero di studi sul tema. La dimensione dell'impulsività è stata infatti spesso considerata in ricerche riguardanti la farmacoterapia di disturbi mentali in cui tali aspetti sono presenti, come il disturbo bipolare, il disturbo borderline, l'ADHD, ma scarso interesse è stato rivolto allo specifico del trattamento

farmacologico dell'impulsività nei soggetti con disturbo da uso di sostanze o alcolismo. A fronte di questa paucità di dati scientifici, nella pratica clinica con tali pazienti è tutt'altro che raro imbattersi nella prescrizione di stabilizzatori dell'umore e/o antipsicotici atipici allo scopo di frenare l'impulsività e consentire una migliore gestione dei problemi comportamentali alcol e sostanze correlati. Fino ad ora, cinque studi sono stati condotti rispetto alla farmacoterapia dell'impulsività in soggetti con Disturbo da Uso di Alcol. Kravitz e coll. [47] comparano sei mesi di litio, buspirone o placebo, non trovando differenze tra i gruppi di trattamento. Zorlu e coll [48] hanno condotto uno studio in aperto rispetto alla azione anti-impulsiva del naltrexone, non ottenendo risultati significativi.

Altri studi invece indicano che agire farmacologicamente sull'impulsività sia direttamente sia indirettamente influenzi positivamente l'esito dell'intervento. Joos e coll [49] conducono un trial controllato verso placebo investigando l'effetto del modafinil e riscontrando maggiore astinenza da alcol nel gruppo trattato. Modafinil è un farmaco usato per la narcolessia ed agisce inibendo la ricaptazione di dopamina e noradrenalina, aumentandone così i livelli sinaptici. Il razionale dello studio era basato sull'efficacia del modafinil nel migliorare la performance cognitiva su diverse dimensioni, cosa che risulta confermata dallo studio in oggetto. Tale effetto è mediato anche dalla diminuzione dell'impulsività che permette quindi un miglioramento della performance, qui correlato all'outcome positivo al trattamento.

Anton e coll [50] hanno testato aripirazolo (definito come 'stabilizzatore' dell'equilibrio dopamina/serotonina) verso il placebo in uno studio laboratoriale, usando un paradigma comportamentale in cui viene misurata la propensione a scegliere un drink immediato o una ricompensa in denaro posposta. L'aripirazolo si dimostra efficace nel ridurre i drink assunti e posporre l'assunzione nei soggetti con alta impulsività. La conclusione degli autori è che la modulazione dell'equilibrio tra dopamina e serotonina a livello corticale possa essere un meccanismo che riduce il bere nei soggetti con basso controllo.

Rubio e coll [51], infine, basandosi sul fatto che topiramato è usato nell'alcolismo, ne comparano l'effetto con placebo. Nello studio in questione, il razionale è che il farmaco ad azione sia GABAergica sia anti-glutamatergica possa ridurre i livelli di dopamina nel sistema mesolimbico. Gli autori riscontrano che il gruppo in trattamento ha risultati migliori rispetto all'uso di alcol e che tale risultato è mediato dal miglioramento in test comportamentali correlati all'impulsività.

Emerge, dunque, un quadro di efficacia farmacologica promettente, sebbene ancora non vi sia chiarezza in merito al razionale meccanicistico. Per esempio, non è chiaro se i livelli dopaminergici indotti dal trattamento debbano aumentare o diminuire. Ad oggi gli studi sono troppo pochi per trarre raccomandazioni.

È auspicabile che ulteriori studi vengano condotti su un tema di tale rilevanza, in maniera tale da poter fornire indicazioni specifiche che consentano di rendere più 'appropriata' la prescrizione psicofarmacologica off-label nei DUA, sia per ridurre l'uso non razionale, sia per identificare i casi in cui, invece, si può trarre beneficio nel contesto dell'intervento integrato.

Conclusioni

Una serie di importanti e complesse relazioni lega impulsività e Disturbi da Uso di Alcol (DUA) e Disturbi da Uso di Sostanze (DUS); i soggetti con forte impulsività sono infatti maggiormente vulnerabili rispetto allo sviluppo di DUA/DUS, mentre l'uso di alcol/sostanze sia acuto che cronico accentua la tendenza all'impulsività.

L'impulsività è un aspetto importante di numerosi disturbi mentali quali Disturbo Bipolare, Disturbo di personalità Borderline, Gioco Patologico ed altre dipendenze comportamentali, ADHD, Disturbi posttraumatici, Disturbi alimentari: tutte condizioni che presentano non solo una forte comorbilità con i DUA/DUS, ma anche aspetti patogenetici e clinici comuni. L'impulsività inoltre correla direttamente con la più grave conseguenza della sofferenza mentale, il suicidio.

Tutto ciò rinforza l'idea che l'impulsività e i suoi correlati siano da considerare come un aspetto dimensionale, da diagnosticare e trattare in maniera specifica, indipendentemente dal disturbo mentale categoriale in cui si colloca.

Mentre i pochi studi condotti sul trattamento farmacologico della impulsività nei DUA/DUS non permettono di trarre conclusioni utili nella pratica clinica, si assiste al crescere di evidenze rispetto alla utilità di interventi comportamentali quali Mindfulness e Yoga per modulare l'impulsività e aumentare la capacità di autocontrollo.

Per Corrispondenza

Mauro Cibir, Centro Soranzo, Venezia. E-mail maurosemenzato@centrosoranzo.it

Bibliografia

1. Mitchell MR, Potenza MN, Addictions and Personality Traits: Impulsivity and Related Constructs. *Curr Behav Neurosci Rep.* 2014 Mar 1;1(1):1-12. doi: 10.1007/s40473-013-0001-y.
2. Zuckerman M. Sensation seeking and risky behavior. American Psychological Association, 2007 <https://doi.org/10.1037/11555-000>
3. Mandavia A, Robinson GG, Bradley B, Ressler KJ, Powers A., Exposure to Childhood Abuse and Later Substance Use: Indirect Effects of Emotion Dysregulation and Exposure to Trauma. *J Trauma Stress.* 2016 Oct;29(5):422-429. doi: 10.1002/jts.22131
4. Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist K, Sundquist J, The rearing environment and risk for drug abuse: a Swedish national high-risk adopted and not adopted co-sibling control study. *Psychol Med* 2016 May; 46(7):1359-66. doi: 10.1017/S0033291715002858
5. Herman AM, Duka T, The Role of Impulsivity Facets on the Incidence and Development of Alcohol Use Disorders. *Curr Top Behav Neurosci* 2020; 47:197-221. doi: 10.1007/7854_2020_137.
6. Van de Glind G, et al. , Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug Alcohol Depend* 2014 Jan 1;134:158-166 doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.09.026
7. Roncero C, Ortega L, Pérez-Pazos J, Lligoña A, Abad AC, Gual A, Sorribes M, Grau-López L, Casas M, Daigre C, Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Alcohol Dependence Patients With and Without ADHD. *J Atten Disord* 2019 Oct;23(12):1497-1504.doi: 10.1177/1087054715598841.
8. Mattson SN, Bernes GA, Doyle LR. Fetal alcohol spectrum disorders: a review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure. *Alcohol Clin Exp Res* 2019;43:1046–1062
9. De Wit H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addict Biol* 2009 Jan; 14(1):22-31 doi: 10.1111/j.1369-1600.2008.00129.x.
10. Cloninger CR., Sigvardsson S, Gilligan SB, Von Knorring AL., Reich T, Bohman M. Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1988; 7:3–16.
11. Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar, JF, Monastra FM , MillerD, Lubar JO, Chen TJ, Comings DE, Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors *J Psychoactive Drugs*, 2000 Nov; 32 Suppl:i-iv, 1-112. doi: 10.1080/02791072.2000.10736099
12. Goodman M, New A, Siever L., Trauma, Genes, and the Neurobiology of Personality Disorders *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2004; 1032: 104–116
13. Netto LR, Pereira JL, Nogueira JF, Cavalcanti-Ribeiro P, Santana RC, Teles CA, Koenen KC; Trauma and Anxiety Disorders Study Group – UFBA, Quarantini LC. . Impulsivity is relevant

- for trauma exposure and PTSD symptoms in a non-clinical population. *Psychiatry Res.* 2016 May 30;239:204-11. doi: 10.1016/j.psychres.2016.03.027.
14. Ceschi G, Billieux J, Hearn M, Fürst G, Van der Linden M. Trauma exposure interacts with impulsivity in predicting emotion regulation and depressive mood. *Eur J Psychotraumatol.* 2014 Sep 29; 5. doi: 10.3402/ejpt.v5.24104.
 15. Weiss NH, Connolly KD, Gratz KL, Tull MT, The Role of Impulsivity Dimensions in the Relation between Probable Posttraumatic Stress Disorder and Aggressive Behavior among Substance Users *J Dual Diagn.* 2017 Apr-Jun; 13(2): 109–118.
 16. American Psychiatric Association (APA), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2013.
 17. Richard-Lepouriel H, Kung AL, Hasler R, Bellivier F, Prada P, Gard S, Ardu S, Kahn JP, Dayer A, Henry C, Aubry JM, Leboyer M, Perroud N, Etain B Impulsivity and its association with childhood trauma experiences across bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *J Affect Disord.* 2019 Feb 1;244:33-41. doi: 10.1016/j.jad.2018.07.060.
 18. Saddichha S, Schuetz C, Is impulsivity in remitted bipolar disorder a stable trait? A meta-analytic review. *Compr Psychiatry.* 2014 Oct;55(7):1479-84. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.05.010. Epub 2014 May 24. PMID: 25035161
 19. Swann AC, Lijffijt M, O'Brien B, Mathew S, Impulsivity and Suicidal Behavior. *Curr Top Behav Neurosc* 2020;47:179-195.doi: 10.1007/7854_2020_144
 20. Ghirini S, Vichi M. Caratteristiche e andamento temporale della mortalità per suicidio in Italia: uno studio descrittivo sugli ultimi 30 anni. *Boll Epidemiol* 2020; 1(2):1-8.
 21. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis GD, et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health.* 2010;7(4):1392-431. doi: 10.3390/ijerph7041392
 22. Baumeister RF, Ego Depletion and Self-Control Failure: An Energy Model of the Self's Executive Function. *Self & Identity* 2002; 1,2, 129-136
 23. Muraven M, Baumeister RF, Tice DM. Longitudinal improvement of self-regulation through practice: Building self-control strength through repeated exercise. *The Journal of Social Psychology* 1999, 139(4), 446–45.
 24. Denson TF, Capper MM, Oaten M, Friese M, Schofield TP. Self-control training decreases aggression in response to provocation in aggressive individuals. *Journal of Research in Personality* 2011; 45, 252–256 .
 25. Schmeichel BJ, Vohs K, Self-Affirmation and Self-Control: Affirming Core Values Counteracts Ego Depletion *Journal of Personality and Social Psychology* 2009; 96(4):770-82.

26. Gollwitzer PM, Sheeran P, Implementation Intentions and Goal Achievement: A Meta-Analysis of Effects and Processes, *Advances in Experimental Social Psychology* 2006, 38(6). DOI: 10.1016/S0065-2601(06)38002-1
27. Lieberman MD, Eisenberger NI, Crockett MJ, Tom SM, Pfeifer JH, Way BM, Putting feelings into words: affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli *Psychol Sci* 2007 May;18(5):421-8. doi: 10.1111/j.1467-9280.2007.01916.x,
28. Zandonai T, *Esercizio fisico: l'anello tra corpo e mente* In Chiamulera C, Cibin M, *Aftercare e postprevention nelle Addiction: verso il benessere*. Cuneo-Roma, Publiedit editore, 2019
29. Rathore A, Lom B. The effects of chronic and acute physical activity on working memory performance in healthy participants: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Syst Rev* 2017 Jun 30;6(1):124. doi: 10.1186/s13643-017-0514-7
30. Kavanagh DJ, Andrade J, May J. Beating the urge: implications of research into substance-related desires. *Addict Behav.* 2004 Sep; 29(7):1359-72.
31. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, Clifasefi S, Garner M, Douglass A, Larimer ME, Marlatt A. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst Abus.* 2009 Oct-Dec;30(4):295-305. doi: 10.1080/08897070903250084. PMID: 19904665; PMCID: PMC3280682.
32. Garland EL, Fredrickson BL. Positive psychological states in the arc from mindfulness to self-transcendence: extensions of the Mindfulness-to-Meaning Theory and applications to addiction and chronic pain treatment. *Curr Opin Psychol* 2019 Jan; 14;28:184-191.
33. Maglione MA, Maher AR, Ewing B, Colaiaco B, Newberry S, Kandrack R, Shanman RM, Sorbero ME, Hempel S. Efficacy of mindfulness meditation for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Addict Behav.* 2017 Jun;69:27-34
34. Li W, Howard MO, Garland EL, McGovern P, Lazar M. Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat.* 2017 Apr;75:62-96;
35. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* 2006, 13, 27–45
36. Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker DD. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol use disorders: The meditative tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2005, 19(3), 211–228.
37. Witkiewitz K, Warner K, Sully B, Barricks A, Stauffer C, Thompson BL, Luoma JB, Randomized trial comparing mindfulness-based relapse prevention with relapse prevention for women offenders at a residential addiction treatment center. *Subst Use Misuse* 2014 Apr;49(5):536-46.
38. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, Marlatt GA. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse* 2009; 30(4), 295–305.
39. Schmalzl L, Crane-Godreau MA, Payne P. Movement-based embodied contemplative practices:

- Definitions and paradigms. *Frontiers in Human Neurosc* 2014; 8. doi:10.3389/fnhum.2014.00205
40. Schmalzl L, Kerr CE. Editorial: Neural Mechanisms Underlying Movement-Based Embodied Contemplative Practices. *Frontiers in Human Neurosc* 2016, 10. doi:10.3389/fnhum.2016.00169
 41. Gothe N, Pontifex MB, Hillman C, McAuley E. The Acute Effects of Yoga on Executive Function. *Journal of Physical Activity and Health* 2013; 10(4): 488-495. doi:10.1123/jpah.10.4.488
 42. Rocha K, Ribeiro A, Rocha K, Sousa M, Albuquerque F, Ribeiro S, Silva R. Improvement in physiological and psychological parameters after 6 months of yoga practice. *Consciousness and Cognition* 2012; 21(2), 843-850. doi:10.1016/j.concog.2012.01.014
 43. Froeliger BE, Garland EL, McClernon FJ. Yoga Meditation Practitioners Exhibit Greater Gray Matter Volume and Fewer Reported Cognitive Failures: Results of a Preliminary Voxel-Based Morphometric Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2012; 1-8. doi:10.1155/2012/821307
 44. Froeliger BE, Garland EL, Modlin LA, McClernon FJ. Neurocognitive correlates of the effects of yoga meditation practice on emotion and cognition: a pilot study. *Front Integr Neurosci*. 2012 Jul 26;6:48. doi: 10.3389/fnint.2012.00048. PMID: 22855674; PMCID: PMC3405281.
 45. Sarkar S, Varshney M. Yoga and substance use disorders: A narrative review. *Asian Journal of Psychiatry* 2017 Feb; 25, 191-196. doi:10.1016/j.ajp.2016.10.021
 46. Semenzato M, Cibir M, Carraro M, Sgualdini E, Hinnenthal I, *Yoga e altre pratiche contemplative basate sul movimento*, in C. Chiamulera, M.Cibir, *Aftercare e postprevention nelle Addiction: verso il benessere*. Cuneo-Roma, Publiedit Editore, 2019.
 47. Kravitz HM, Fawcett J, McGuire M, Kravitz GS, Whitney M, Treatment attrition among alcohol-dependent men: is it related to novelty seeking personality traits? *J Clin Psychopharmacol* 1999 Feb; 19(1):51-6. doi: 10.1097/00004714-199902000-00010
 48. Zorlu N et al, One week of naltrexone treatment does not reduce impulsivity during inpatient treatment of alcohol dependent patients: an open –label study. *Addictive Disorders and their treatment*, 2016, 15, 25-33.
 49. Joos L, Goudriaan AE, Schmaal L, Fransen E, van den Brink W, Sabbe BCG, Dom G. Effect of modafinil on impulsivity and relapse in alcohol dependent patients: a randomized, placebo-controlled trial, *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013 Aug; 23(8):948-55. doi: 10.1016/j.euroneuro.2012.10.004.
 50. Anton RF, Schacht JP, Voronin KE, Randall PK, Aripiprazole Suppression of Drinking in a Clinical Laboratory Paradigm: Influence of Impulsivity and Self-Control. *Alcohol Clin Exp Res*. 2017 Jul; 41(7):1370-1380. doi: 10.1111/acer.13417.
 51. Rubio G, Martínez-Gras I, Manzanares J, Modulation of impulsivity by topiramate: implications for the treatment of alcohol dependence *J Clin Psychopharmacol* 2009 Dec;29(6):584-9. doi: 10.1097/JCP.0b013e3181bfdb79.

Francesco Traccis, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Neuroscienze e Farmacologia Clinica, Università di Cagliari, Italia, francesco.traccis@gmail.com

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

INTERAZIONI TRA ALCOL E FARMACI: REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA E META-ANALISI

Riassunto

L'alcol e altri xenobiotici possono limitare gli effetti terapeutici e alterare la sicurezza dei farmaci attraverso l'insorgenza di interazioni di tipo farmacodinamico e/o farmacocinetico. L'obiettivo dello studio è stato quello di realizzare una revisione sistematica e una meta-analisi degli studi controllati con placebo (RCT) che hanno investigato le interazioni alcol-farmaci (AMI) dopo l'esclusione degli effetti confondenti attribuibili ad altri xenobiotici. Dall'analisi degli articoli inclusi (107 studi, 3097 partecipanti) è emerso che la co-assunzione di alcol durante un trattamento con farmaci prescritti a scopo terapeutico produce alterazioni significative della farmacocinetica di benzodiazepine (diazepam), cannabis (THC), farmaci oppioidi (morfina e ossicodone) e metilfenidato (grado di evidenza da basso a elevato). Abbiamo riscontrato AMI anche per altri farmaci ma non è stato possibile valutare il grado di evidenza a causa del limitato numero di studi disponibili. I medici dovrebbero conoscere le AMI per sconsigliare ai loro pazienti di assumere alcol quando sono in trattamento farmacologico con farmaci.

Parole Chiave

Interazioni farmacologiche; alcol; farmaci; xenobiotici.

Abstract

Efficacy and safety of commonly used medications may be affected by alcohol and other xenobiotics, due to pharmacodynamic and/or pharmacokinetic interactions. The aim of this study was to carry out a systematic review and meta-analysis of placebo-controlled studies (RCTs) that evaluated alcohol-medication interactions (AMI) after the exclusion of confounding effects linked to other xenobiotics. In the present study we included 107 articles (3097 participants) finding that, when taking therapeutic medications, alcohol consumption induces significant changes in the pharmacokinetic profile of benzodiazepines (diazepam), cannabis (THC), opioid drugs (morphine and oxycodone) and methylphenidate (low to high certainty of evidence). We also found AMIs for most of the other evaluated medications, although the certainty of evidence could not be assessed because of the limited number of RCTs available. Physicians should be aware of these AMIs to advice their patients to avoiding alcohol when they are taking therapeutic medications.

Key Words

Alcohol-medication interactions; alcohol; medications; xenobiotics

Introduzione

L'alcol è la sostanza psicoattiva maggiormente utilizzata al mondo e il suo consumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio per morbilità e mortalità generale [1] I rischi alcol-correlati comprendono le interazioni che si sviluppano quando l'alcol viene assunto insieme a farmaci prescritti a scopo terapeutico. Le interazioni alcol-farmaci (alcohol-medication interaction, AMI) sono particolarmente frequenti perché la maggior parte delle persone assumono sia alcol che farmaci [2,3]. Ad esempio, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2016, a livello globale, in media quasi la metà della popolazione di età superiore ai 15 anni ha assunto almeno una bevanda alcolica durante i 12 mesi precedenti; in Europa, quasi l'80% della popolazione adulta totale ha assunto alcol almeno occasionalmente (OMS, 2018). Negli Stati Uniti, tra il 1999 e il 2010, più del 40% della popolazione adulta ha assunto alcol e farmaci prescritti e, tra le persone di età superiore ai 65 anni, questa percentuale è raddoppiata (78,6%) [4].

Esistono diverse tipologie di AMI. Alcuni farmaci possono alterare la farmacocinetica (PK) e, di conseguenza, gli effetti indotti dal consumo di alcol. Ad esempio, alcuni farmaci alterano lo svuotamento gastrico e/o inibiscono l'attività dell'enzima gastrico alcol deidrogenasi (ADH) [5,6]. Di conseguenza, le persone sotto trattamento con questi farmaci che assumono alcol raggiungono concentrazioni di alcol nel sangue (blood alcohol concentrations, BAC) più elevate rispetto alle persone che, pur assumendo le stesse quantità di alcol, non assumono invece questi farmaci. Un'altra tipologia di AMI consiste nell'aumento del rischio delle conseguenze negative derivanti dalla assunzione di alcol e alcuni farmaci. Ad esempio, la co-assunzione di alcol e farmaci ad azione sedativa possono provocare un aumento della depressione del sistema nervoso centrale (SNC) a causa di interazioni nel metabolismo dell'alcol e/o dei farmaci, della somma dell'azione sedativa svolta sia dall'alcol che dai farmaci, o entrambi gli effetti contemporaneamente [7]. L'alcol può anche alterare la farmacocinetica e/o gli effetti terapeutici desiderati dei farmaci [8,9]. Ad esempio, è stato osservato che l'assunzione acuta di alcol può ridurre il metabolismo del warfarin, un farmaco anticoagulante [9]. Di conseguenza, tra le persone che assumono il warfarin, coloro che assumono alcol raggiungono concentrazioni plasmatiche più elevate di questo farmaco e quindi un effetto anticoagulante superiore rispetto a coloro che invece non assumono alcol. Questo argomento è di particolare interesse per i medici, che dovrebbero sconsigliare ai loro pazienti di assumere alcol quando esiste la possibilità che l'alcol riduca gli effetti terapeutici dei farmaci o aumenti il rischio di effetti collaterali [3,9-12].

Anche l'assunzione di alcune bevande analcoliche come i succhi di pompelmo, arancia e mela possono indurre interazioni con i farmaci terapeutici [13,14]. Ad esempio, è stato osservato che il succo di pompelmo aumenta significativamente la biodisponibilità del farmaco calcio-antagonista felodipina, un analogo della nifedipina. In dettaglio, quando la felodipina è stata somministrata con 250 ml di succo di pompelmo, l'area plasmatica sotto la curva (area under the curve, AUC) della felodipina è risultata essere tre volte superiore rispetto al valore raggiunto dopo la sua somministrazione con acqua [15]. Poiché i farmaci calcio-antagonisti vengono prescritti nel trattamento dell'ipertensione arteriosa,

l'aumento della concentrazione plasmatica si è tradotto in una maggiore diminuzione della pressione sanguigna. È interessante notare che questa interazione è stata osservata per caso, in uno studio volto a indagare l'interazione tra la felodipina e l'alcol. In questo studio, per mascherare il sapore dell'alcol, alla bevanda alcolica era stato aggiunto succo di pompelmo [15-19]. Dopo questa prima evidenza, si è scoperto che diversi succhi sono responsabili di interazioni nella PK e farmacodinamica (PD) di farmaci terapeutici [14, 20-25]. Inoltre, anche le bevande alcoliche, ad esempio il vino, possono contenere xenobiotici diversi dall'alcol, in grado di interagire con i farmaci come il resvetrolo e l'acido gallico [26].

Considerando che i succhi di frutta sono stati spesso utilizzati negli studi che hanno investigato lo studio delle AMI con lo scopo di mascherare odore e sapore dell'alcol, abbiamo ipotizzato che l'uso di succhi di frutta e/o la mancanza di un gruppo di controllo appropriato potesse avere influenzato i risultati ottenuti dagli studi clinici condotti in questo campo. Di conseguenza, ci siamo posti l'obiettivo di effettuare una revisione sistematica della letteratura e una meta-analisi degli RCT che hanno valutato le interazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche che l'alcol esercita sui farmaci, dopo l'esclusione di fattori confondenti associati alla presenza di altri xenobiotici. Per raggiungere questo obiettivo, abbiamo selezionato solo studi controllati in cui i partecipanti hanno ricevuto un farmaco terapeutico e assunto una soluzione alcolica e i risultati ottenuti sono stati confrontati con i partecipanti che hanno ricevuto lo stesso farmaco insieme ad una soluzione di controllo appropriata [27]. Gli studi in cui il gruppo di controllo non ha ricevuto alcuna soluzione sono stati esclusi e abbiamo prestato particolare attenzione a stabilire se i partecipanti del gruppo di controllo hanno ricevuto il placebo appropriato. Infine, abbiamo assegnato i gradi di qualità delle evidenze raccolte attraverso la meta-analisi solo quando almeno 3 studi e almeno 200 partecipanti erano presenti per ciascuna AMI.

Materiali e Metodi

I risultati di questa revisione sistematica e meta-analisi sono stati recentemente pubblicati [28]. In breve, la ricerca, condotta sui database Scopus, PubMed, EMBASE e aggiornata al 30 settembre 2019 ha identificato 757 record totali, altri 353 sono stati raccolti attraverso una ricerca manuale. Globalmente, sono stati inclusi 107 studi che soddisfacevano i nostri criteri di inclusione, senza incontrare criteri di esclusione, per un totale di 3097 pazienti che assumevano alcol e farmaci prescritti a scopo terapeutico e che avevano un gruppo di controllo appropriato. Abbiamo diviso i farmaci nei seguenti gruppi:

- 1 Farmaci che agiscono sul SNC (Benzodiazepine e altri ansiolitici, Cannabis, Oppiacei, Psicostimolanti, Antidepressivi e stabilizzatori dell'umore, Antipsicotici, Farmaci utilizzati per il trattamento dell'alcol e uso di sostanze disturbanti e Farmaci usati per il trattamento delle convulsioni)
- 2 Farmaci per la cura delle malattie infettive (Antibiotici, Farmaci antivirali)
- 3 Farmaci antinfiammatori
- 4 Farmaci utilizzati per il trattamento delle malattie cardiovascolari
- 5 Farmaci usati per il trattamento del diabete
- 6 Farmaci utilizzati per il trattamento delle malattie respiratorie

7 Estrogeni

8 Farmaci usati per il trattamento della disfunzione erettile

9 Farmaci vari (Statine, Farmaci antiacidi, Farmaci utilizzati per il trattamento dell'obesità, Farmaci usati per il trattamento dell'emicrania, Farmaci usati per il trattamento del disturbo del desiderio sessuale nelle donne, Farmaci utilizzati per l'anestesia e Farmaci immunosoppressori).

Risultati

In generale, abbiamo identificato AMI per la maggior parte dei farmaci ma solo per alcuni abbiamo raccolto sufficienti dati per assegnare il grado di qualità delle evidenze raccolte ovvero diazepam, cannabis, oppioidi e metilfenidato.

Diazepam

Nello specifico, il nostro studio ha evidenziato che tra i pazienti sotto trattamento con il diazepam, coloro che assumono alcol raggiungono concentrazioni plasmatiche (Cmax; quasi 290 partecipanti; bassa qualità di evidenza) e AUC (qualità di evidenza: molto bassa; 270 partecipanti) del diazepam significativamente più alte rispetto al gruppo di controllo (che assume il diazepam ma non l'alcol). In generale, i risultati della metanalisi suggeriscono che l'alcol tende a produrre interazioni di tipo farmacocinetico soprattutto verso le benzodiazepine metabolizzate principalmente dai citocromi CYP3A4 e CYP2C19 (come alprazolam, diazepam, clobazam e clordiazepossido), mostrando invece un rischio inferiore di interagire con le benzodiazepine che nel loro metabolismo epatico vanno incontro a glucuronazione da parte dell'enzima UGT (come, ad esempio, lorazepam e oxazepam).

Cannabis

Tra coloro che assumono cannabis a scopo terapeutico, il gruppo di partecipanti che assumevano alcol raggiungevano una Cmax del Delta (9) -tetrahydrocannabinol (THC; qualità di evidenza: alta; quasi 650 partecipanti) più elevata rispetto al gruppo di controllo che invece non assumeva alcol. Inoltre, coloro che assumevano alcol raggiungevano la Cmax in un tempo inferiore (grado di evidenza: molto basso; più di 300 partecipanti) e l'emivita del THC era superiore (grado: moderato; quasi 250 partecipanti) rispetto ai pazienti che non assumevano alcol. In altre parole, l'assunzione di alcol aumenta la concentrazione plasmatica di THC, accelera il raggiungimento del picco plasmatico e rallenta l'eliminazione del THC, consentendo di ottenere rapidamente effetti più intensi di durata superiore rispetto alle condizioni in cui invece non si assume alcol.

Oppiacei

L'assunzione di alcol si è mostrata inoltre in grado di modificare il profilo farmacocinetico dei medicinali oppiacei (ad esempio morfina e ossicodone). Nello specifico, il picco plasmatico di questi farmaci è significativamente più alto (grado di evidenza: basso; 560 partecipanti) e viene raggiunto in un tempo più breve (grado: moderato; 554 partecipanti) rispetto al gruppo che ha ricevuto come placebo la stessa bevanda non alcolica. Queste modificazioni farmacocinetiche possono determinare quindi un potenziamento degli effetti dei farmaci oppiacei e un conseguente aumento del rischio di sviluppare tossicità.

Metilfenidato

Infine, anche le caratteristiche farmacocinetiche del metilfenidato, farmaco di prima linea nel trattamento dei soggetti con disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività (ADHD) sono modificate in risposta all'assunzione di bevande alcoliche. In particolare, l'alcol determina un incremento della Cmax e della AUC del metilfenidato (grado di evidenza: moderata; 290 partecipanti), producendo quindi un aumento generale della concentrazione e biodisponibilità con conseguente aumento del rischio di eventi avversi e potenzialmente modificando l'azione terapeutica del farmaco.

Altri farmaci

Oltre ai farmaci descritti, i risultati della meta-analisi mostrano che l'alcol può interagire anche con altre classi farmacologiche; tuttavia a causa del limitato numero di dati non è stato possibile assegnare il grado di evidenza. Nonostante questo, lo studio ha messo in luce cambiamenti significativi di uno più parametri farmacocinetici a carico di diverse molecole attualmente in commercio. Ad esempio, per quanto riguarda i farmaci antidepressivi, l'alcol produce un aumento delle concentrazioni massime del bupropione, aumenta l'emivita degli inibitori del reuptake della serotonina (SSRI) e ritarda l'insorgenza del picco ematico del trazodone. Inoltre, l'alcol modificherebbe anche la cinetica e il metabolismo degli antipsicotici atipici come la blonanserina, determinando un aumento della concentrazione plasmatica (Cmax), dell'emivita (Tmax e $T_{1/2}$) e in generale della sua biodisponibilità (AUC). Lo stesso effetto, invece, non sarebbe presente per altri neurolettici come la amisulpiride e remoxipiride. Rimanendo nel capitolo dei farmaci che agiscono sul SNC, l'uso di bevande alcoliche indurrebbe un aumento della biodisponibilità dell'antiepilettico retigabina, ma non del brivacetam, indicando che anche in questo contesto sono necessari ulteriori studi per comprendere il reale effetto dell'alcol sulla farmacocinetica e farmacodinamica di questi farmaci.

Tra i farmaci utilizzati per il trattamento delle patologie infettive, i soggetti che assumono alcol mostrano caratteristiche farmacocinetiche differenti rispetto ai soggetti di controllo per quanto riguarda gli antibiotici (amoxicillina, doxiciclina, tetracicline) e i farmaci antivirali (abacavir, oseltamivir, ritonavir). Nonostante sia ampiamente riconosciuto l'elevato consumo di alcol nella popolazione HIV-positiva (e quindi in terapia anti-retrovirale) e le reazioni avverse simil-disulfiram in risposta all'assunzione tra alcol

e antibiotici, è sorprendente che gli studi che hanno valutato le AMI in risposta all'utilizzo di antibiotici e antivirali sono ancora pochi e metodologicamente non adeguati per ottenere chiari risultati attraverso un approccio meta-analitico.

In maniera simile, anche per quanto riguarda i farmaci anti-infiammatori non steroidei (NSAIDs), gli RCT che hanno valutato le AMI sono numericamente limitati. Dai risultati della meta-analisi si evidenzerebbe la mancanza di effetti indotti dall'alcol per l'aspirina.

Analogamente, l'alcol sembra non indurre modificazione farmacocinetiche di diverse molecole che agiscono sul sistema cardiovascolare come: beta bloccanti (atenololo), farmaci antiaritmici (disopiramide), calcio-bloccanti (felodipina, nifedipina, verapamil) e bloccanti dei canali del potassio (levosimendan). Tuttavia, anche in assenza di interazioni farmacocinetiche, l'assunzione di alcol modificherebbe le proprietà terapeutiche dei beta-bloccanti e calcio antagonisti, riducendo gli effetti di controllo della frequenza cardiaca di modulazione della pressione sistolica.

Inoltre, anche i pazienti che assumono terapie per il trattamento del Diabete mellito di tipo I e II sembrano a rischio di incorrere in AMI. Nello specifico, gli effetti terapeutici del gliburide (farmaco appartenente alla classe delle sulfaniluree), del glucagone e del piragliptin possono essere attenuati dall'assunzione di alcol, con conseguente alterazione sul controllo omeostatico della glicemia. L'effetto ipoglicemizzante dell'insulina, invece, non sembra essere modificato dall'assunzione di bevande alcoliche. Anche in questo contesto, però, le evidenze cliniche sono ridotte e quindi sarebbero necessari ulteriori studi RCT per una migliore definizione di queste AMI.

L'effetto dell'assunzione di alcol su alcuni farmaci che agiscono sul sistema respiratorio è controverso. Ad esempio, la velocità di raggiungimento della concentrazione massima della ebastina nel sangue sembra essere significativamente ridotta dall'assunzione di alcol. Analogamente anche l'emivita della teofillina risulterebbe ridotta quando questa viene assunta con bevande alcoliche. Tale effetto, invece, non si presenterebbe con altri farmaci antistaminici, indicando che anche per queste classi di farmaci sarebbero necessari ulteriori studi.

Anche nel caso delle terapie ormonali, sono ancora limitati gli studi che hanno valutato la sicurezza della co-assunzione di alcol. I risultati della metanalisi suggeriscono che le concentrazioni di farmaci contenenti estradiolo (come, ad esempio alcune pillole anticoncezionali) possono essere incrementate dall'assunzione di bevande alcoliche.

Analogamente, anche i soggetti che assumono il vardenafil per il trattamento della disfunzione erettile possono raggiungere concentrazione plasmatiche più alte di questo farmaco in risposta a contemporanea assunzione di alcol.

Infine, anche per altri farmaci, l'alcol indurrebbe cambiamenti significativi in diversi parametri farmacocinetici, aumentando quindi il rischio di incorrere in tossicità e potenzialmente modificando gli effetti terapeutici di fluvastatina, cisapride, orlistat, ciclosporina e ivermectina. Tuttavia, questi risultati sono stati ottenuti in singoli studi e necessitano di essere confermati da ulteriori ricerche.

Discussione e Conclusioni

I risultati della revisione sistematica e meta-analisi (Traccis e coll., 2022) mostrano che, dopo l'esclusione degli effetti confondenti di altri xenobiotici, il consumo di alcol è responsabile di interazioni significative con sostanze psicoattive di abuso e farmaci di uso frequente come diazepam, cannabis, metilfenidato e oppioidi. Questi risultati sono importanti dal punto di vista farmacologico, clinico e di salute pubblica, visto l'ampio uso di questi farmaci oltre che di alcol. La conoscenza di queste interazioni è essenziale per i medici per consigliare ai loro pazienti di evitare il consumo di alcol quando prescrivono farmaci per i quali è stata dimostrata l'AMI. Tuttavia, solo per alcuni farmaci (diazepam, cannabis, metilfenidato e oppioidi), abbiamo raccolto dati sufficienti per assegnare i gradi di evidenza per la definizione degli AMI. Per la maggior parte dei farmaci, abbiamo riscontrato alcune differenze significative in uno o più parametri farmacocinetici tra alcol e placebo, ma il numero limitato di studi disponibili non ci ha consentito di assegnare loro i gradi di certezza.

È sorprendente come le nostre conoscenze su questo argomento siano ancora limitate, soprattutto per quanto riguarda i farmaci approvati per il trattamento di malattie caratterizzate da consumo eccessivo di alcol, o per le patologie frequentemente associate a un consumo eccessivo di alcol, come disturbi dell'umore, disturbi psicotici e malattie virali. Inoltre, nonostante sia noto che il metabolismo dei farmaci e dell'alcol si modifichi in rapporto a sesso ed età, la popolazione anziana e quella femminile sono purtroppo ancora sottorappresentate negli studi clinici. La mancanza di dati relativi a queste popolazioni è un altro importante risultato del presente studio ed è rappresentativo della limitazione delle attuali conoscenze e della letteratura pubblicata.

Da un punto di vista clinico, questi risultati suggeriscono di consigliare ai pazienti di evitare il consumo di alcol almeno per i primi giorni del trattamento farmacologico, per prevenire potenziali effetti confondenti dovuti alle interazioni alcol-medicinali. Allo stesso modo, il consumo di alcol dovrebbe essere evitato dai pazienti che non rispondono a specifici trattamenti farmacologici per escludere il ruolo dell'alcol nel ridurre gli effetti terapeutici dei farmaci.

Per Corrispondenza

Francesco Traccis, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Neuroscienze e Farmacologia Clinica, Università di Cagliari, Italia, francesco.traccis@gmail.com

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

Bibliografia

1. Griswold M.G., et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 2018, 392.10152: 1015-1035.
2. Holton A.E., et al. Concurrent use of alcohol interactive medications and alcohol in older adults: a systematic review of prevalence and associated adverse outcomes. *BMC geriatrics*, 2017, 17.1: 1-16.
3. Moore A.A.; Whiteman E.J.; Ward K.T. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, 2007, 5.1: 64-74.
4. Breslow R. A.; Dong C.; White A. Prevalence of alcohol-interactive prescription medication use among current drinkers: United States, 1999 to 2010. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2015, 39.2: 371-379.
5. Baraona E.; Gentry,T.; Lieber C. S. Bioavailability of alcohol: role of gastric metabolism and its interaction with other drugs. *Digestive Diseases*, 1994, 12.6: 351-367.
6. Fraser, A. G. Pharmacokinetic interactions between alcohol and other drugs. *Clinical pharmacokinetics*, 1997, 33.2: 79-90.
7. Muhoberac B. B., et al. Mechanism (s) of ethanol-drug interaction. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1984, 8.6: 583-593.
8. Chan L. N., Anderson G. D. Pharmacokinetic and pharmacodynamic drug interactions with ethanol (alcohol). *Clinical pharmacokinetics*, 2014, 53.12: 1115-1136.
9. Weathermon R., Crabb D. W. Alcohol and medication interactions. *Alcohol Research & Health*, 1999, 23.1: 40.
10. Johnson B. A.; Seneviratne C. Alcohol–medical drug interactions. *Handbook of clinical neurology*, 2014, 125: 543-559.
11. Noureldin M., et al. Drug-alcohol interactions: a review of three therapeutic classes. *US Pharm*, 2010, 35.11: 29-40.
12. Sands B. F.; KNAPP, Clifford M.; CIRAULO, Domenic A. Medical consequences of alcohol-drug interactions. *Alcohol Research and Health*, 1993, 17.4: 316.
13. Dahan A., Altman H. Food–drug interaction: grapefruit juice augments drug bioavailability—mechanism, extent, and relevance. *European journal of clinical nutrition*, 2004, 58.1: 1-9.
14. Koziolk M., et al. The mechanisms of pharmacokinetic food-drug interactions—A perspective from the UNGAP group. *European Journal of Pharmaceutical Sciences*, 2019, 134: 31-59.
15. Bailey D.G., et al. Ethanol enhances the hemodynamic effects of felodipine. *Clinical and investigative medicine. Medecine clinique et experimentale*, 1989, 12.6: 357-362.
16. Bailey D. G., et al. Interaction of citrus juices with felodipine and nifedipine. *The Lancet*, 1991, 337.8736: 268-269.

17. Bailey D. G., et al. Grapefruit juice-drug interactions. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2004, 58.7: S831.
18. Bailey D. G.; Dresser G. K.; Bend J. R. Bergamottin, lime juice, and red wine as inhibitors of cytochrome P450 3A4 activity: comparison with grapefruit juice. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 2003, 73.6: 529-537.
19. Lown, K. S., et al. Grapefruit juice increases felodipine oral availability in humans by decreasing intestinal CYP3A protein expression. *The Journal of clinical investigation*, 1997, 99.10: 2545-2553.
20. Lee J. W.; Morris J. K.; Wald, N. J. Grapefruit juice and statins. *The American Journal of Medicine*, 2016, 129.1: 26-29.
21. Chen M, Zhou SY, Fabriaga E, Zhang PH, Zhou Q. Food-drug interactions precipitated by fruit juices other than grapefruit juice: An update review. *J Food Drug Anal.* 2018 Apr;26(2S):S61-S71. doi: 10.1016/j.jfda.2018.01.009. Epub 2018 Feb 15. PMID: 29703387.
22. Paško P., et al. A short review of drug–food interactions of medicines treating overactive bladder syndrome. *International journal of clinical pharmacy*, 2016, 38.6: 1350-1356.
23. Seden K., et al. Grapefruit-drug interactions. *Drugs*, 2010, 70.18: 2373-2407.
24. YU, Jingjing, et al. Intestinal drug interactions mediated by OATPs: a systematic review of preclinical and clinical findings. *Journal of pharmaceutical sciences*, 2017, 106.9: 2312-2325.
25. Theile D., et al. Clementine juice has the potential for drug interactions—in vitro comparison with grapefruit and mandarin juice. *European Journal of Pharmaceutical Sciences*, 2017, 97: 247-256.
26. Jang G. R.; Harris R. Z. Drug interactions involving ethanol and alcoholic beverages. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 2007, 3.5: 719-731.
27. Agabio R., et al. Clinically relevant alcohol- medication interactions: a systematic review and meta-analysis of placebo-controlled trials. *Prospero 2020 CRD42020181411*.
28. Traccis F., et al. Alcohol-medication interactions: A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2022, 132: 519-541.

Lucia Coco, Psicologa Psicoterapeuta, Referente Centro per il trattamento del DGA Foligno USL UMBRIA 2

IL MODELLO DELLA TERAPIA DI COPPIA FOCALIZZATA SULLE EMOZIONI APPLICATA AL TRATTAMENTO DELLE COPPIE CON UNA PROBLEMATICHE DI DGA

Riassunto

L'articolo propone l'applicazione dell'EFT (la terapia di coppia focalizzata sulle emozioni) e del modello AIRM per la riparazione delle ferite d'attaccamento per il trattamento di coppie con una problematica di DGA. L'esperienza del gruppo multicopiale del Centro per il DGA di Foligno

Abstract

The article proposes the application of EFT (couple therapy focused on emotions) and the AIRM model for the repair of attachment wounds for the treatment of couples with ADI problems. for the DGA of Foligno

Parole Chiave

Terapia di coppia, DGA, esperienza di gruppo

Key Words

Couples therapy, DGA, group experience

La terapia di coppia focalizzata sulle emozioni o EFT (Emotionally Focused Therapy – Terapia Focalizzata sulle Emozioni) è un noto approccio di psicoterapia umanistica formulato negli anni '80. L'EFT riconosce che il disagio relazionale deriva da una minaccia percepita ai bisogni di base degli adulti per la sicurezza, la fiducia e la vicinanza nelle relazioni intime. Questa terapia esperienziale / sistemica si concentra sull'aiutare i partner a ristrutturare le risposte emotive che mantengono i loro modelli negativi di interazione [1.]

Gli obiettivi della Terapia Focalizzata sulle Emozioni appaiono particolarmente indicati laddove una coppia ha attraversato lo tsunami di una crisi quale il comportamento di addiction di uno dei due.

Nei racconti, l'evento traumatico della scoperta del comportamento di addiction è spesso paragonato ad un vero e proprio tradimento all'interno della coppia e pone i partner davanti alla sfida di ritrovare la loro connessione emotiva.

In particolare, questo risulta vero nei casi di disturbo da gioco d'azzardo dove il comportamento del gioco e ciò che ne deriva viene vissuto all'interno della coppia come una vera infedeltà al patto coniugale.

Pertanto, a partire da ciò che la letteratura suggerisce, e cioè che la relazione extraconiugale sia un'esperienza a più livelli che assume una struttura triangolare (marito-moglie-amante), abbiamo inserito il comportamento additivo in questa struttura al posto dell'amante. La crisi relativa alla relazione

extraconiugale, alla scoperta che il partner - gioca -, può diventare un'opportunità di sviluppo: i coniugi possono ricostruire una nuova relazione su nuove basi attraverso la Terapia Focalizzata sulle Emozioni. Pertanto, i seguenti obiettivi

1. Espandere e riorganizzare le risposte emotive chiave – la musica dell'attaccamento danza.
2. Creare un cambiamento nelle posizioni interattive dei partner e avviare nuovi cicli di interazione, attraverso esperienze emotive correttive.
3. Favorire la creazione di un legame sicuro tra i partner,

sono gli obiettivi che si contrattano nella richiesta di un avvio di terapia di coppia EFT anche da parte di una coppia che ha attraversato la crisi dell'addiction di uno dei due.

Come criterio iniziale per la presa in carico in genere si dà indicazione di almeno 6 mesi dall'ultimo episodio di addiction in modo da poter far sì che il focus sia sulla coppia e non sul comportamento di uno dei due e che il comportamento additivo non sia l'argomento su cui si focalizza la coppia all'interno delle sedute.

Ciò che si è visto nell'osservazione di queste coppie è, così come ricorda la letteratura EFT, che assumere un comportamento di addiction può essere una strategia di disattivazione rispetto a un'interazione ripetuta all'interno della coppia, il cosiddetto ciclo.

L'EFT, infatti, riferisce che spesso all'interno di una coppia quando si sperimenta un'insicurezza rispetto al legame, si possono attivare due tipi di strategie:

1. alzare la temperatura emotiva, attaccando, protestando, criticando e accusando il partner per la sua mancanza di reattività;
2. oppure, al contrario abbassare la temperatura emotiva rendendosi insensibili e ritirandosi e accusando il partner del suo eccesso di reattività.

Nell'EFT si parla delle posizioni dell'inseguitore e del ritirato che danno avvio nella loro relazione ad una serie di interazioni chiamate ciclo che tendono all'infinito, e nella coppia in cui uno dei due ha avuto comportamenti di addiction spesso l'inseguitore è il partner mentre il ritirato è la persona che ha avuto problematiche di dipendenza.

Si tratta di lavorare con loro dando ad ognuna delle due posizioni, l'inseguitore e il ritirato la possibilità di scoprire il senso di ciò che sta facendo all'interno della relazione di coppia.

L'inseguitore, cioè il partner che si è sentito tradito dal partner che ha avuto un comportamento di addiction potrà arrivare a scoprire il perché nascosto dietro la sua critica e il partner ritirato, che ha tradito, potrà arrivare a scoprire il perché nascosto dietro il suo ritiro.

Per entrambi può aprirsi una nuova possibilità: condividere all'altro i bisogni di attaccamento insoddisfatti e le paure dietro le emozioni reattive che si esprimono quando si critica o ci si ritira.

Il percorso di scoprire le ragioni dell'altro e riconoscere nell'atteggiamento dell'altro così diverso dal proprio lo stesso desiderio di recuperare la connessione emotiva perduta può diventare un percorso di ricostruzione del legame anche nei casi dove questo è stato fortemente messo in crisi.

Il processo perché questo accada prevede dei passaggi ben definiti. La moglie che in genere ha la posizione dell'inseguitrice comincia a comprendere che il comportamento di addiction del marito ha la funzione di sottrarsi al terreno ostile rappresentato dalla loro relazione, in cui il marito aveva l'impressione di camminare sulle uova, e di non essere mai all'altezza del compito o della prestazione.

L'alcol, la sostanza tossica o il gioco d'azzardo offrono una straordinaria via di fuga per evadere dal malessere laddove esiste una percezione di sé, del partner e della relazione come "inadeguato, o insufficiente".

L'inseguitore è pertanto chiamato ad avviare un processo di "ammorbidente" rispetto alle sue critiche attraverso la comprensione del bambino interiore ferito del partner; a sua volta il ritirato può imparare a comprendere che dietro la critica che così tanto lo ferisce c'è il bisogno del partner di essere visto e riconosciuto ed incomincia ad ingaggiarsi in un rapporto in cui prima faticava a stare cominciando invece a scoprire anche la vulnerabilità del partner che non appare più pertanto come infallibile e giudice severo. Nel contempo il ritirato può avere l'opportunità di imparare ad avere più dimestichezza col proprio mondo emotivo, e di provare a comunicarlo.

Sappiamo che l'alessitimia che indica l'incapacità di poter riconoscere ed esprimere i propri stati emotivi si spalma trasversalmente alle condizioni psicopatologiche, in particolar modo tra le dipendenze patologiche, così come nel DGA, ad esempio, dove è stato riscontrato quanto il tratto alessitimico sia significativamente presente rispetto alla popolazione generale [2].

Alcuni studi inoltre evidenziano la presenza di pattern d'attaccamento insicuri in soggetti con dipendenza patologica da sostanze così come da disturbo da gioco d'azzardo.

Sembra, infatti presente una disposizione all'evitamento del contatto interpersonale per il raggiungimento di obiettivi e scopi personali, e il conseguente distacco emotivo ed affettivo che può caratterizzare lo stile di vita di soggetti con disturbo da gioco d'azzardo.

Il tratto alessitimico, quindi, associato ad uno stile d'attaccamento scarsamente fiducioso in sé e negli altri va ad aggiungersi all'ipotesi di giustificare la tendenza all'azione additiva come un'incapacità di riconoscere e mentalizzare stati emotivi che rimangono quote di tensione da evacuare, giustificando la ricerca compulsiva di un'attività in grado di risolvere tale tensione [3].

l'indicazione a avvalersi della terapia focalizzata sulle emozioni anche nel lavoro con coppie che hanno avuto una problematica di addiction.

L'EFT permette anche a questo tipo di coppie di capire ed esercitare come strutturare i cicli negativi, enfatizzando i bisogni di attaccamento (per es., vicinanza, connessione, importanza dell'altro, paura di subire una perdita) e strutturare una nuova danza di coppia.

L'esperienza del gruppo multicoppiale del Centro per il Trattamento del DGA di Foligno

Il gruppo multicoppiale del Centro DGA di Foligno è costituito da cinque coppie.

All'interno di ogni coppia un partner ha effettuato un percorso di disassuefazione dal DGA ed è libero dal comportamento additivo da almeno sei mesi.

Il gruppo si incontra con regolarità a cadenza quindicinale.

All'interno del gruppo l'obiettivo è individuare il ciclo presente all'interno di ogni coppia e permettere ad ogni coppia di avviare un percorso di consapevolezza creando esperienze correttive nel qui e ora del gruppo.

Lo scambio comunicativo che ogni coppia effettua serve da modellamento alle altre coppie che assistono a quanto sta accadendo.

I dialoghi all'interno della coppia attivano nelle altre coppie un processo di identificazione e di imitazione come accade in tutti i gruppi di psicoterapia.

Uno spazio importante viene dedicato al tema della ferita d'attaccamento.

Per ferita d'attaccamento si intende "un evento specifico in cui un partner viola l'aspettativa che l'altro offra conforto e cura in momenti di pericolo e difficoltà" [4].

Nelle coppie del gruppo generalmente la ferita d'attaccamento riguarda il comportamento di addiction di uno dei due partners, la scoperta devastante che il partner ha intaccato il patrimonio familiare, ha mentito, ha leso fortemente la fiducia all'interno della coppia.

In una prima fase quindi si lavora insieme su come il ciclo mantiene in vita la ferita:

"ogni volta che lui ha una ricaduta nel gioco d'azzardo io urlo e lo aggredisco e gli dico che non gli importa niente di noi"

"ogni volta che lei mi aggredisce io mi sento una nullità e andare a giocare è la via più facile per leccarmi le ferite in quel momento".

In una seconda fase, laddove la coppia è riuscita a descalarsi, si può accedere a risolvere la ferita d'attaccamento che impedisce il ritorno della fiducia e della sicurezza nella coppia e si può cominciare "una conversazione di guarigione delle ferite".

Potrebbe aprirsi per le coppie la possibilità di sperimentare il perdono.

Secondo Sue Johnson esiste delle fasi per il Perdono:

1. il partner ferito ha la necessità di esprimere il proprio dolore,
2. il partner che ha ferito riconosce la sofferenza dell'altro superando la spinta a discolparsi e ad evitare l'angoscia,
3. il partner che ha ferito comprende la ferita provocata al compagno ed esprime rimpianto e rimorso
4. colui che è ferito accetta le scuse dell'altro

All'interno del gruppo ogni coppia, quindi, comincia faticosamente questo percorso, ed essendo il gruppo aperto, nel senso che può accogliere coppie nuove, ogni coppia nuova che arriva è supportata dalle altre nel passaggio da una fase a quella successiva.

Agire tutto questo nel qui e ora "rompe la solitudine della coppia" e si apprendono nuovi modelli di comunicazione. Si scopre anche l'esistenza di situazioni prima non razionalizzate, e un partner può per esempio apprendere con stupore la solitudine dell'altro.

Contemporaneamente si giunge ad una maggiore consapevolezza delle proprie responsabilità.

Sembra che l'intervento multicopiale offra la possibilità di esplorare problematiche relazionali che in una terapia di coppia potrebbero passare inosservate o non si esplicitano affatto, in quanto il gruppo assume una funzione rilevatrice e amplificatrice delle dinamiche della singola coppia.

Infine, nel gruppo multicopiale, questo raccontano i partecipanti, l'esperienza forse più emozionante è la possibilità di pensare alla crisi rappresentandola non solo dal punto di vista di un pericolo che può distruggere il rapporto e, quindi, come fonte di sofferenza e dolore, ma anche dal punto di vista di un'opportunità di cambiamento e miglioramento. Dunque, pericolo e opportunità. Nella millenaria saggezza cinese la parola crisi è espressa appunto dall'ideogramma Weiji che è composto da due simboli: Wei che rappresenta il pericolo e Jihui che rappresenta la buona occasione, l'opportunità.

Grazie al gruppo, insomma, la crisi può diventare un'occasione preziosa per incontrare il coniuge nella sua realtà più vera, e per scoprire, proprio nella crisi del rapporto di coppia, che l'addiction ha svelato o provocato, la possibilità di un'autentica dimensione generativa.

Per Corrispondenza

Lucia Coco, Psicologa Psicoterapeuta, Referente Centro per il trattamento del DGA Foligno USL UMBRIA 2
e-mail lucia.coco@uslumbria2.it

Bibliografia

1. Altera G. e Pagani A. Introduzione alla Emotionally Focused Therapy (EFT) ilmiller.it/workshop-emotionally-focused-therapy,2020
2. Chimienti V. Alessitimia e dipendenze patologiche. In Le parole senza voce. Il costrutto alessitimico fra i disturbi del controllo alimentare e dipendenze. A cura di Zappa L., Caslini M., Clerici M., Franco Angeli,2011
3. Chimienti V., De Luca R. Impulsività, alessitimia e stili d'attaccamento in giocatori d'azzardo patologici e loro familiari Italian Journal on Addiction Rivista Bimestrale online sulle dipendenze Volume 2, Numero 3-4, 2012
4. Brubacher L. Attachment Injury Resolution Model in Emotionally Focused Therapy in Encyclopedia of Couple and Family Therapy ,2019

Sara Ceccatelli, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze
Fiammetta Cosci, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze; Dipartimento di Psichiatria e Neuropsicologia, Maastricht University

IL BENESSERE PSICOLOGICO IN FIGLI DI GENITORI CON DISTURBO DA USO DI ALCOL

Riassunto

Il benessere psicologico è un costrutto centrale nello sviluppo cognitivo, emotivo, comportamentale, sociale e fisico di bambini e adolescenti, ed è una variabile di protezione individuale. In questo studio ci siamo posti l'obiettivo di indagare l'affettività positiva e negativa di figli di genitori con diagnosi di disturbo da uso di alcol e il livello di benessere psicologico in questa realtà familiare. Dai risultati emerge che i bambini figli di genitori con diagnosi di disturbo da uso di alcol presentano maggiori sintomi negativi internalizzanti ed esternalizzanti, con sentimenti di colpa, paura, nervosismo, ansia, depressione e acting out rispetto ai loro pari figli di genitori senza disturbo da uso di alcol. Essi mostrano difficoltà nel raggiungere e mantenere stati di calma e serenità e tendono a sperimentare maggiore disagio psicologico. Emerge il bisogno di attivare percorsi di sostegno terapeutico mirati all'accrescimento del benessere individuale di questi bambini, per favorire la crescita della resilienza personale e lo sviluppo di strategie di coping efficaci.

Parole Chiave

Benessere psicologico, figli, disturbo da uso di alcol

Abstract

Psychological well-being has notable impact on cognitive, emotional, behavioral, social, and physical development of children and adolescents, being a self-protection factor. The aim of the present study was to investigate positive and negative affect in children living with parents who harmfully consume alcohol as well as their psychological well-being if compared to children of non-alcoholic parents.

The results show that children living with parents who harmfully consume alcohol have more negative internalizing and externalizing symptoms, with feelings of guilt, fear, nervousness, anxiety, depression, and acting-out. They also have difficulties in reaching and maintaining calm and happiness and feel more severe psychological distress. Interventions aimed at increasing the individual level of well-being of children living with parents who harmfully consume alcohol would be of benefit to build up personal resilience and develop adequate coping strategies.

Key Words

Psychological well-being, children of alcoholics, alcohol use disorders

Introduzione

L'ambiente familiare rappresenta una dimensione di fondamentale importanza per lo sviluppo cognitivo, emotivo, comportamentale, sociale e fisico di bambini e adolescenti [1]. Esiste, infatti, un legame tra esposizione precoce a eventi di vita negativi e sistemi psicosociali stressanti e comparsa di alterazioni neurologiche, fisiologiche e psicologiche come fattori predisponenti all'insorgenza di un'ampia gamma di problemi di salute mentale e fisica [2].

Le famiglie in cui è presente un genitore con una diagnosi di disturbo da uso di alcol sembrano avere un clima diverso dalle famiglie in cui non è presente tale problematica: il consumo di alcol influenza negativamente il clima familiare percepito, gli atteggiamenti dei genitori e le rappresentazioni interne delle relazioni familiari [3].

All'interno di queste realtà specifiche vi è un rischio maggiore di genitorialità inadeguata e incoerente con cure genitoriali scarse o assenti, comunicazione tra genitori e figli deficitaria o superficiale e numerosi atteggiamenti negativi dei bambini nei confronti dei genitori [4-5]. Questi bambini tendono a costruire delle rappresentazioni dei legami familiari peggiori e percepiscono la relazione genitore-figlio come rifiutante, punitiva, esigente, indifferente e negligente [3-6]. In aggiunta a questi aspetti si osservano tassi più elevati di disturbi psichiatrici (alto rischio suicidario, disturbo d'ansia generalizzato e **Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività**) e di problemi comportamentali [7-8-9]. La convivenza con un genitore che presenta un disturbo da uso di alcol, infine, porta i figli ad avere maggiori difficoltà nella gestione degli affari quotidiani, la sensazione di sentirsi incapaci di cambiare o migliorare il contesto di vita, l'inconsapevolezza delle opportunità circostanti e uno scarso senso di controllo sul mondo esterno [8]. Ciò può essere attribuito al fatto che essi vivono in un ambiente familiare imprevedibile, in cui risulta difficile riuscire a gestire la quotidianità e far fronte ai frequenti comportamenti disfunzionali del genitore che assume la sostanza (es. oscillazioni rapide dell'umore, promesse non mantenute, punizioni arbitrarie, ricompense o discorsi incoerenti) [10]. Questo aumenta la probabilità di affrontare un più alto numero di eventi di vita negativi che appare maggiore in figli di genitori che presentano una diagnosi di disturbo da uso di alcol e sembra correlare con un più alto disagio psicologico [8].

In questo studio ci siamo posti l'obiettivo di indagare l'affettività positiva e negativa dei bambini figli di genitori con diagnosi di disturbo da uso di alcol e come il loro livello di benessere si modelli in queste realtà familiari. Si tratta, infatti, di un costrutto psicologico che ha una fondamentale rilevanza per il ruolo che riveste nel processo di strutturazione della personalità individuale e nello sviluppo delle strategie di coping per la gestione delle avversità, come variabile di protezione sia a livello soggettivo sia per la comunità [11-12]. La promozione del benessere e l'accrescimento di un equilibrio psichico, infatti, si definiscono come fattore protettivo e elemento di riduzione di disabilità in tutte le circostanze e in presenza di numerose disfunzioni psicopatologiche o organiche [11-13]. Ad oggi, sono rari gli studi che hanno indagato questi aspetti. Il nostro scopo è favorire una riflessione sull'importanza di questo

costrutto psicologico, così che possa divenire un eventuale obiettivo di interventi futuri volti a proteggere i bambini che vivono con genitori che fanno uso di alcol.

Materiale e Metodi

Partecipanti

Abbiamo condotto uno studio osservazionale su 90 soggetti: tra questi, 45 erano bambini che vivevano con genitori con disturbo da uso di alcol e 45 erano bambini che vivevano con genitori senza problemi di uso di alcol. Il reclutamento è stato effettuato nell'arco temporale dal 1° marzo 2010 al 4 dicembre 2016. I soggetti del primo gruppo erano figli di pazienti ambulatoriali del Centro Alcolologico e Unità Problemi Alcol-correlati dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi. Sono stati utilizzati i seguenti criteri di inclusione: età compresa tra 13 e 23 anni, convivenza con almeno un genitore con diagnosi di disturbo da uso di alcol come valutato dai clinici del Centro tramite il colloquio clinico e il test *AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)* [14]. I bambini che convivevano con genitori che non presentavano diagnosi di disturbo da uso di alcol sono stati reclutati nello stesso periodo di tempo, dalla popolazione generale di Firenze, secondo i seguenti criteri di inclusione: età compresa tra 13 e 23 anni e nessuna storia familiare auto-riferita di disturbi da uso di alcol. I soggetti dei due gruppi sono stati appaiati per sesso ed età.

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Area vasta Centro - Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi. I partecipanti hanno fornito personalmente il consenso informato scritto; nel caso di minori di 18 anni il consenso è stato fornito dai genitori.

Procedura e Strumenti

Durante la procedura di assesment è stata effettuata un'indagine anamnestica per raccogliere dati sociodemografici (i.e., età, sesso, istruzione e attività lavorativa) e clinici (esposizione a sostanze durante la gravidanza e storia familiare). Successivamente è stato somministrato il questionario PANAS - Positive and Negative Affect Scales ai soggetti figli di genitori con diagnosi di disturbo da uso di alcol e figli di genitori che non presentavano tale problematica.

Il PANAS-Positive and Negative Affect Scales è un questionario di autovalutazione composto da due scale di 10 item che permettono di misurare l'affettività positiva e negativa. Ogni item è valutato su una scala Likert a 5 punti, da 1 (per niente) a 5 (molto). Punteggi alti nella sotto-scala Affettività Positiva (PA) del PANAS corrispondono a stati di benessere soggettivo ed elevati stati affettivi positivi, viceversa, punteggi elevati nella sotto-scala Affettività Negativa (NA) del PANAS riferiscono la presenza di disagio soggettivo e elevati stati affettivi negativi [15].

Analisi dei Dati

I figli di genitori che presentavano un disturbo da uso di alcol e i figli di genitori che non presentavano un consumo problematico di alcol sono stati confrontati tramite il test del chi-quadro (χ^2) in caso di variabili categoriali (e.g., istruzione, attività lavorativa), tramite il t-test per campioni indipendenti nel caso di variabili continue normalmente distribuite (e.g., età, eventi di vita) e tramite il test di Mann-Whitney per campioni indipendenti in caso di variabili continue non normalmente distribuite (PANAS).

Risultati

L'età media dei figli di genitori che presentavano diagnosi di disturbo da uso di alcol era di 20,47 anni (SD = 3,66, range 13–23 anni); di questi 27 erano femmine e 18 maschi. L'età media dei figli di genitori che non presentavano tale diagnosi era di 20,58 anni (DS = 3,71, range 13–23 anni); di cui 27 erano femmine e 18 maschi. Tutti i partecipanti erano bianchi e single. Un tasso del 24,44% di bambini figli di genitori che presentavano diagnosi di disturbo da uso di alcol, rispetto al 15,55% di bambini che vivevano con genitori che non presentavano tale diagnosi, ha completato la scuola primaria; il 48,89% dei bambini figli di genitori che presentavano diagnosi di disturbo da uso di alcol, contro il 57,78% dei loro coetanei, ha completato la scuola secondaria; il 26,67% di bambini figli di genitori che presentavano diagnosi di disturbo da uso di alcol, contro il 26,67% dei loro coetanei, ha completato la scuola superiore. Della totalità dei soggetti, un tasso dell'88,89% erano studenti. L'8,89% dei bambini figli di genitori che presentavano diagnosi di disturbo da uso di alcol, contro il 6,67% dei loro coetanei, erano impiegati; il 2,22% dei bambini figli di genitori che presentavano diagnosi di disturbo da uso di alcol, contro il 4,44% dei loro coetanei, erano disoccupati. Non si sono riscontrate differenze statisticamente significative tra i due gruppi per quanto riguarda l'istruzione o l'attività lavorativa.

Dalla somministrazione del PANAS sono emerse differenze statisticamente significative per quanto riguarda la presenza di stati affettivi positivi (PA) e stati affettivi negativi (NA) fra figli di genitori che presentavano diagnosi di disturbo da uso di alcol e figli che non presentavano tale diagnosi (Tabella 1).

Tabella 1: Confronto tra figli di genitori con diagnosi di disturbo da uso alcol e figli di genitori senza diagnosi di disturbo da uso di alcol relativamente agli stati affettivi positivi e negativi. Test di Mann-Whitney per campioni indipendenti

	Figli di genitori con diagnosi di disturbo da uso di alcol (n=45)	Figli di genitori senza diagnosi di disturbo da uso di alcol (n=45)	Statistica
	Media +DS	Media +DS	p
PANAS punteggio totale	11.02	15.60	0.036
PANAS Scala Affettività Positiva	30.18	31.47	0.261
PANAS Scala Affettività Negativa	19.13	15.89	0.032

Nota: PANAS, Questionario sugli stati affettivi positivi e negativi

Discussione

Dalle analisi effettuate sul nostro campione emergono differenze statisticamente significative nell'affettività positiva e negativa esperite da bambini figli di genitori che presentano una diagnosi di disturbo da uso di alcol e figli di genitori che non presentano tale problematica, in particolare l'affettività negativa risulta più elevata nei figli di genitori che fanno uso di alcol. Questo riflette, in questi bambini, una varietà di sintomi negativi internalizzanti che trovano forma in sentimenti di senso di colpa, paura, nervosismo e stati di ansia e depressione che non soddisfano i criteri diagnostici per i corrispettivi disturbi psichiatrici, e sintomi negativi esternalizzanti, costituiti dall'acting out (e.g., infrazione delle regole, atteggiamento di sfida, aggressività, inattenzione e impulsività) e emozioni come rabbia e disgusto. Essi, inoltre, mostrano difficoltà nel raggiungere e mantenere uno stato di calma e serenità e tendono a sperimentare maggiore disagio psicologico e minore benessere soggettivo [15].

Si osserva, inoltre, che i figli di genitori che non presentano diagnosi di disturbo da uso di alcol mostrano un livello maggiore di stati affettivi positivi rispetto ai bambini che vivono con un genitore che fa uso di alcol. I primi, quindi, sembrano possedere uno stato generale di entusiasmo, attivazione e vigilanza; appaiono molto più dinamici e pieni di energia e possiedono elevate capacità di concentrazione e attenzione [15]. Questi bambini sono guidati anche da un maggiore coinvolgimento nella vita e sembrano affrontare la propria esistenza come un'esperienza ricca di significato, in modo creativo e costruttivo. Al contrario, punteggi più bassi nella scala PA evidenziano stati di più profonda tristezza e letargia.

Il benessere personale, quindi, assume rilevanza come indice della qualità della vita e dell'insieme di affetti positivi e negativi che riflettono la presenza di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti in bambini figli di soggetti con disturbo da uso di alcol. La letteratura, infatti, suggerisce che esso sia un fattore protettivo della salute mentale e fisica della persona e una variabile interconnessa al concetto di resilienza, rendendosi quindi chiave per la capacità della persona di attivare strategie efficaci di coping, vivere minori avversità e condurre una vita sana e di successo anche in età adulta [16-17].

Conclusioni

I bambini figli di genitori che presentano un disturbo da uso di alcol mostrano livelli di affettività negativa significativamente superiore rispetto ai bambini che convivono con genitori che non presentano tale problematica. Per questo motivo potrebbe essere opportuno offrire loro un sostegno terapeutico che migliori il benessere psicologico e favorisca la crescita della resilienza personale e lo sviluppo di strategie di coping efficaci che integrino aspetti emotivi e cognitivi. Essi, per esempio, potrebbero essere buoni candidati alla terapia del benessere [18-19]. Tre studi randomizzati controllati in contesti educativi hanno già evidenziato che i protocolli basati sulla terapia del benessere possono essere adatti a promuovere meccanismi di resilienza e benessere psicologico in bambini e in adolescenti [20-21-22].

Per Corrispondenza

Fiammetta Cosci, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze. Via di san Salvi, 12, padiglione 26, 50135 Firenze. E-mail: fiammetta.cosci@unifi.it

Bibliografia

1. Turner, H. A., Merrick, M. T., Finkelhor, D., Hamby, S., Shattuck, A., & Henly, M. The prevalence of safe, stable, nurturing relationships among children and adolescents. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 2017
2. Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *Jama*, 301(21), 2252-2259, 2009
3. Iacopetti, C., Londi, I., Patussi, V., & Cosci, F. Family climate in children living with parents who harmfully consume alcohol. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(5), 1128-1134, 2021
4. Kelley, M. L., Pearson, M. R., Trinh, S., Klosternann, K., & Krakowski, K. Maternal and paternal alcoholism and depressive mood in college students: Parental relationships as mediators of ACOA-depressive mood link. *Addictive Behaviors*, 36(7), 700–706, 2011
5. Haverfield, M. C., & Theiss, J. A. Parental communication of responsiveness and control as predictors of adolescents' emotional and behavioral resilience in families with alcoholic versus nonalcoholic parents. *Human Communication Research*, 43(2), 214-236, 2017
6. Mahato, B., Ali, A., Jahan, M., Verma, A. N., & Singh, A. R. Parent-child relationship in children of alcoholic and non-alcoholic parents. *Industrial psychiatry journal*, 18(1), 32, 2009
7. Alonzo, D., Thompson, R. G., Stohl, M., & Hasin, D. The influence of parental divorce and alcohol abuse on adult offspring risk of lifetime suicide attempt in the United States. *American journal of orthopsychiatry*, 84(3), 316, 2014
8. Iacopetti, C., Londi, I., Patussi, V., Sirigatti, S., & Cosci, F. Life events, coping styles, and psychological well-being in children living with parents who harmfully consume alcohol. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(2), 157-166, 2019
9. Ohannessian, C. M., Hesselbrock, V. M., Kramer, J., Kuperman, S., Bucholz, K. K., Schuckit, M. A., & Nurnberger, J. I. The relationship between parental alcoholism and adolescent psychopathology: A systematic examination of parental comorbid psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(5), 519-533, 2004
10. Sher, K. J. Psychological characteristics of children of alcoholics. *Alcohol health and research world*, 21(3), 247, 1997
11. Ryff, C. D., & Singer, B. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 65(1), 14-23, 1996

12. Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. D. The challenge of defining wellbeing. *International journal of wellbeing*, 2(3), 2012
13. Melnechuk, T. Emotions, brain, immunity, and health: A review. In *Emotions and psychopathology*. Boston: Springer, 1988
14. Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804, 1993
15. Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063, 1988
16. Werner, E. E., & Johnson, J. L. The role of caring adults in the lives of children of alcoholics. *Substance Use & Misuse*, 39(5), 699-720, 2004
17. Fava, G. A., & Bech, P. The concept of euthymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(1), 1-5, 2016
18. Fava, G. A. Well-being therapy: Treatment manual and clinical applications. *Well-Being Therapy*, 1-148, 2016
19. Fava, G. A., Cosci, F., Guidi, J., & Tomba, E. Well-being therapy in depression: New insights into the role of psychological well-being in the clinical process. *Depression and anxiety*, 34(9), 801-808, 2017
20. Ruini, C., Belaise, C., Brombin, C., Caffo, E., & Fava, G. A. Well-being therapy in school settings: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(6), 331-336, 2006
21. Ruini, C., Ottolini, F., Tomba, E., Belaise, C., Albieri, E., Visani, D., ... & Fava, G. A. School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 40(4), 522-532, 2009
22. Tomba, E., Belaise, C., Ottolini, F., Ruini, C., Bravi, A., Albieri, E., ... & Fava, G. A. Differential effects of well-being promoting and anxiety-management strategies in a non-clinical school setting. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 326-333, 2010

Ginetta Fusi, Educatrice Professionale. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze. Azienda USL Toscana centro. SerD C. Firenze Q. 5.

Maria Anna Donati, Ricercatrice a Tempo Determinato in Psicometria-Dipartimento Neurofarba. Università degli Studi di Firenze.

Caterina Primi, Professoressa Ordinaria di Psicometria. Dipartimento Neurofarba. Università degli Studi di Firenze.

Adriana Iozzi, Psichiatra, Psicoterapeuta. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze. Azienda USL Toscana Centro. Direttore UFC SERD e UFS SERD C Firenze.

Claudia Prestano, Professore Associato in Psicologia clinica, Università degli Studi Niccolò Cusano-Roma

L'EFFICACIA DELL'INTERVENTO COGNITIVO ALL'INTERNO DEI GRUPPI PSICOEDUCATIVO-MOTIVAZIONALI PER IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Riassunto

L'utilizzo del setting gruppale favorisce, come anche nelle altre dipendenze, un'esperienza evolutiva, dove si attivano meccanismi trasformativi potenti attraverso la nascita di legami identificativi, lo sviluppo di relazioni transferali fra pari e la creazione di una cultura comune. Nei gruppi monosintomatici la costituzione di questa area è piuttosto facilitata: essere portatori di una medesima

problematica riduce l'angoscia persecutoria e di frammentazione tipica della presenza dell'estraneo. La valutazione dei risultati mette in evidenza l'impatto positivo sui giocatori dell'intervento cognitivo durante il ciclo di gruppi, sia rispetto al comportamento di gioco che sulle distorsioni cognitive. Queste ultime sono spesso responsabili dell'avvio e del mantenimento del disturbo, e sono correlate ad un alto grado di impulsività, oltre alla gravità del comportamento di gioco. Questo concetto è supportato dalla Teoria del Doppio Processo secondo la quale la mente umana esegue due tipologie di pensiero: razionale e intuitivo.

Appare rilevante il risultato, ottenuto attraverso confronti per campioni dipendenti, che indicano un cambiamento statisticamente significativo per ambedue le variabili studiate, e cioè sia per le distorsioni cognitive sia per il comportamento di gioco d'azzardo. Tali cambiamenti risultano inoltre essere caratterizzati da buone dimensioni dell'effetto.

Parole Chiave

Distorsioni cognitive, intervento cognitivo, gruppo psicoeducativo-motivazionale, disturbo da gioco d'azzardo

Abstract

The use of the group setting favors, as also in other addictions, an evolutionary experience, where powerful transformative mechanisms are activated through the birth of identifying bonds, the development of transference relationships between peers and the creation of a common culture. In monosymptomatic groups, the constitution of this area is rather facilitated: being carriers of the same problematic reduces the persecutory and fragmentation anxiety typical of the presence of the stranger. The evaluation of the results highlights the positive impact of the cognitive intervention on the gamblers during the group cycle, both with respect to gambling behavior and cognitive distortions. The latter are often responsible for initiating and maintaining the disorder, and are related to a high degree of impulsiveness, in addition to the severity of the gambling behavior. This concept is supported by the Dual Process Theory, according to which the human mind performs two types of thinking: rational and intuitive. The results obtained during the cycles of educational-motivational groups show statistically significant changes for gambling-related cognitive distortions and gambling behavior. The reductions were associated with good effect sizes.

Key Words

Cognitive distortions, cognitive intervention, psychoeducational-motivational group, gambling disorder

Introduzione

La definizione lessicale e semantica di Gioco d'Azzardo ci può già apparire come un ossimoro, cioè un paradosso apparente, data la sua composizione dei due sostantivi di significato contrapposto di *gioco*: attività divertente e ricreativa, con *azzardo*: dall'arabo az-zahr (il dado) e dal francese hasard, (rischio-avvertenza). Come è successo anche con le sostanze psicotrope, anche il gioco d'azzardo è stato usato dall'uomo nell'antichità, per conoscere o appellarsi al volere divino, e come dice [1] "come per le droghe la storia dei giochi è quella di una lunga profanazione ed evoluzione nelle modalità di regolamentazione, nel divieto e nella prescrizione". È evidente quindi come questo fenomeno bifronte (divertimento/pericolosità, leggerezza/drammaticità, sogni di ricchezza/miseria e suicidi), si sia diffuso in tutti i livelli soggettivi della persona e in quelli della nostra società, insinuandosi facilmente negli aspetti educativi, nelle richieste sempre più performanti, nei miraggi di mondi ideali e di supereroi capaci di trasformare e illuminare i deserti emotivi interiori, oramai h24. Infatti, è sempre più frequente trovare la definizione di *gioco d'azzardo di massa*, ad indicare la disperante diffusione del fenomeno, che è sempre più *istantaneo*, e lo è contemporaneamente nella promessa di vincita, ma anche e soprattutto nella rovina.

Secondo uno studio dell'Istituto superiore di Sanità (ISS), in Italia il 36,4% dei maggiorenni ha giocato d'azzardo almeno una volta negli ultimi 12 mesi, ed il 30% di questi ha mostrato aspetti di problematicità [2-3] riporta che poco meno del 15% dei giocatori presenta un comportamento di gioco definibile a basso rischio, il 4% un comportamento a rischio moderato e l'1,6% un comportamento di gioco problematico. Sono gli uomini a mostrare una prevalenza maggiore di gioco a rischio moderato/problematico rispetto alle donne (6% vs 4%), e la proporzione di giocatori con profilo di gioco problematico fa registrare un lieve incremento nell'ultima indagine rispetto alle precedenti [3]. Parlare di gioco d'azzardo significa parlare di scommesse, cioè di occasioni in cui i soggetti coinvolti sfidano, non solo la razionalità, ma anche il "destino" irrazionale, cioè il caso, e scommettono su un "pensiero magico", che è quello di prevedere in anticipo che cosa accadrà, come di una gara sportiva, un'estrazione, una partita a carte [4], dove è chiaro che l'abilità richiesta è minima o assente. Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è una dipendenza comportamentale (senza sostanza), considerata tale dai clinici ormai da molto tempo, e classificata nell'ultima versione del DSM- 5 [5], come tale. Il Decreto Balduzzi (DL 13/09/12 n. 158 convertito in Legge n. 189 del 2012) individua il Servizio per le Tossicodipendenze (SerT), divenuto successivamente Servizio per le Dipendenze (SerD), quale Servizio di riferimento per le persone affette da Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) e per i loro familiari. Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), come previsto dal DPCM del 12/01/2017.

I SerD quindi sono preposti a rispondere alle richieste territoriali, di situazioni diversificate e disposte su uno spettro di gravità che possono presentarsi con una limitata complessità, fino ad altre molto compromesse su più livelli: fisico, psicologico, relazionale, finanziario, giudiziario, con associati disturbi psichiatrici o altre dipendenze; anche per questo la valutazione prevista è sempre multidisciplinare,

connessa al modello clinico, e caratterizzata dai trattamenti a disposizione [6]. Le proposte di trattamento, come per le altre dipendenze [7], prevedono un approccio multimodale, interdisciplinare ed integrato, e cercano di facilitare, il coinvolgimento del sistema familiare, in quanto la tendenza è quella di essere caratterizzata dal mantenere e/o amplificare l'equilibrio disfunzionale familiare [8]. Nel lavoro di cura, soprattutto nel contesto delle pubbliche istituzioni, l'aspetto complicato, e allo stesso tempo cruciale, è quello di elaborare setting specifici per i singoli pazienti, con una progettualità che non sia un mero modello teorico riprodotto con modalità stereotipate. La dimensione istituzionale è piuttosto centrale nel lavoro che svolgiamo all'interno del servizio, e lo è sia nel lavoro di gruppo tra colleghi, che con i pazienti. [9] sostiene che «l'istituzione non è un apparato meccanico, fondato esclusivamente su ruoli e posizioni, ma è un soggetto vivo, animato da ricordi e prospettive, progetti e pentimenti, con le sue crisi di frammentazioni e i suoi slanci verso il futuro, il suo entusiasmo e le sue depressioni, ed è con questo soggetto vivo che il paziente intrattiene un dialogo, che è al tempo stesso un investimento affettivo potente, intrecciato di speranze e di sospetto, di allarme e di fiducia, di affidamento e di ritiro». La formazione di un gruppo di lavoro in un'istituzione può produrre una condivisione affettiva e un'esperienza di appartenenza da parte dei membri dell'équipe, rappresentando la parte dell'insieme emotivo, affettivo, mentale e relazionale, che influenzerà il lavoro terapeutico-riabilitativo, e ne potrà essere un ingrediente fondamentale sia per la fase iniziale dell'aggancio, quanto di quella della ricaduta [10]. Ed è proprio all'interno del SerD del Quartiere 5 di Firenze, che nasce la collaborazione tra due istituzioni: l'Azienda Sanitaria e il Dipartimento Neurofarba (Università degli Studi di Firenze), con l'interesse comune per questo fenomeno così complesso, e volta ad affrontare il tema dell'assessment dei singoli pazienti, al fine di identificare gli aspetti rilevanti che condizionano il comportamento di gioco, e di conseguenza la valutazione degli esiti e degli interventi. Per lo studio di ricerca è stato scelto il contesto gruppale, come dispositivo e segmento ritenuto fondamentale nei percorsi personalizzati di trattamento, all'interno del servizio, con forte valenza sia per gli elementi valutativi che emergono, che per quelli terapeutici, che si attivano. L'aspetto innovativo che lo caratterizza riguarda l'inserimento dell'intervento cognitivo all'interno del consueto programma psicoeducativo-motivazionale, centrato sulle *Distorsioni Cognitive*, cioè quei pensieri erronei o false credenze, che sono fortemente collegate allo sviluppo e al mantenimento del *comportamento di gioco d'azzardo* eccessivo [11]. Il loro numero e la loro intensità predicono la comparsa dei problemi di azzardo e le più frequenti sono ritenute *l'illusione di controllo*, il *controllo predittivo* (compresa la fallacia del giocatore), e i *bias interpretativi*. Lo scopo della ricerca riportata è quello di verificare l'efficacia dell'intervento cognitivo sulle distorsioni e sul comportamento di gioco.

Partecipanti e Metodo

Per questo intervento con disegno di ricerca prima-dopo senza gruppo di controllo sono stati presi in esame cinque cicli di incontri psicoeducativo-motivazionali multifamiliari, nell'arco temporale dal 2017 al 2019, che hanno visto coinvolti un totale di 39 pazienti, tutti in carico al SerD per Disturbo da Gioco

d'Azzardo diagnosticato secondo la classificazione del DSM 5. L'obiettivo della ricerca è "verificare l'efficacia dell'intervento cognitivo sulle Distorsioni cognitive e sul *Comportamento di Gioco* all'interno del contesto del consueto programma dei 10 incontri" sopradescritti. La scelta di utilizzare queste due variabili è stata supportata dall'ipotesi che le distorsioni cognitive implicate nel gioco d'azzardo sono correlate alla gravità del comportamento [12]. Le due variabili sono state misurate attraverso due questionari auto compilati. Il confronto prima-dopo delle variabili è stato effettuato con il test *t di Student* per campioni appaiati. Per la dimensione dell'effetto dei cambiamenti prima-dopo è stata usata la *d di Cohen*.

I protocolli validi sono stati 36; quelli validi al post test sono stati 23 relativamente alle distorsioni cognitive, e 16 rispetto al comportamento di gioco d'azzardo.

Strumenti

Le distorsioni cognitive sul gioco d'azzardo sono state rilevate attraverso la *Gambling Related Cognitions Scale* [13]. Gli autori di questo strumento si rifanno alla teoria del DGA come fenomeno multidimensionale, un "disturbo complesso, multifattoriale, che dipende dalle caratteristiche sia individuali che ambientali, e ciò comporta fattori di predisposizione, di inizio, di persistenza e di ricaduta del Disturbo" [14], e alla prospettiva cognitiva, la quale si concentra sulle credenze fallaci che portano i giocatori a sviluppare la patologia [15]. Toneatto et al. [16] hanno proposto la classificazione di tre categorie generali di distorsioni: la prima categoria implica l'illusione del controllo (convinzione che le conoscenze, le abilità individuali e le azioni influenzano e controllano i risultati attraverso la messa in atto di rituali o il possesso di oggetti fortunati), il controllo predittivo (condizioni salienti percepiti come segnali o intuizioni, la credenza di poter prevedere gli esiti del gioco sulla base di modelli precedenti (vittorie e sconfitte passate), e il pregiudizio o bias interpretativo che determina una riformulazione delle proprie esperienze, causa un ricordo selettivo delle vittorie a discapito delle perdite, che vengono dunque dimenticate.

[17] hanno proposto due ulteriori distorsioni: le aspettative legate al gioco, che implicano la convinzione che il gioco determinerà una sensazione di benessere, e l'incapacità di smettere di giocare, che si riferisce all'impotenza di poter controllare e/o modificare il proprio comportamento problematico. La versione finale del questionario di autovalutazione GRCS risulta composta da 23 item con 5 sottoscale.

La variabile comportamento di gioco d'azzardo è stata rilevata attraverso un breve questionario anonimo, auto compilato, sulla frequenza di gioco rispetto a 10 giochi diversi riportati su un elenco; le opzioni di risposta sono stabilite su una scala ordinale riferita agli ultimi 12 mesi. Vengono considerati *Giocatori non regolari* se le risposte corrispondono a: "Mai-Qualche-Volta all'Anno-Qualche-Volta al Mese", e invece *Giocatori Regolari* se le risposte sono sulle scelte "Qualche Volta alla Settimana-Tutti i Giorni". Per la valutazione della frequenza di gioco d'azzardo viene calcolata la somma alle risposte date a ciascun gioco, per cui alti punteggi corrispondono ad una alta frequenza del comportamento di gioco d'azzardo.

Il Gruppo e l'intervento Cognitivo

Il ciclo dei dieci incontri di gruppo prevede la presenza dei pazienti con DGA ed i loro familiari. Sono a frequenza settimanale della durata di circa un'ora e mezza, e sono condotti da una psicologa e da un'educatrice. Il primo e l'ultimo incontro sono dedicati ai pre e post test, mentre nei restanti incontri affrontiamo il tema dei meccanismi della dipendenza e della co-dipendenza, del cambiamento, della ricaduta, dei comportamenti a rischio e quelli protettivi, la differenza tra astenersi ed essere sobri e dell'importanza di affidarsi. Centrale in questo percorso è l'intervento cognitivo che affrontiamo nel quarto e nel quinto incontro, focalizzato sul pensiero magico rappresentato dalle distorsioni cognitive più frequenti, il tema della probabilità e del caso. Nell'affrontare questi temi ci avvaliamo della proiezione di slides e di attività di gioco ad hoc, che stimolano l'attivazione di emozioni e di pensieri tipici dell'azzardo. Dal terzo incontro sono presenti membri dei gruppi di auto-aiuto di Giocatori Anonimi che condividono la loro esperienza problematica e quella di recupero, offrendo la possibilità di un'identificazione proiettiva utile per diminuire le resistenze ed offrire un modello positivo da imitare [18].

Risultati e Discussione

Il campione oggetto dello studio è costituito da 39 pazienti: 80% maschi, con età media di 48,26 anni (DS=12.88). Il 50% ha un diploma di scuola media superiore; il 45% circa è single ed il 44% circa vive con un partner. Oltre l'86% del campione ha un lavoro stabile.

Al pre-test, i comportamenti di gioco d'azzardo più diffusi che sono emersi sono legati all'uso delle *Slot Machine* (80% del campione), del *Gratta e Vinci* (72%), del Lotto/Superenalotto (55%) e delle *Scommesse Sportive* (50%), nei quali la componente "abilità" è molto ridotta o assente.

L'accoppiamento dei dati, nel contesto della valutazione inferenziale relativa alle distorsioni è stato possibile con **21 pazienti**, mentre per il *comportamento di gioco*, è stato possibile con **14 pazienti**. I confronti prima-dopo mostrano dei cambiamenti statisticamente significativi dal Pre al Post test, sia per le distorsioni cognitive (**p= .044**) che per il comportamento di Gioco (**p= .027**) (Tabella 1).

Tabella N. 1: Media e DS

Dati Accoppiati	N	Media	DS
Distorsioni cognitive	21	54.76	24.04
Distorsioni cognitive	21	45.71	24.94
Comportamento di gioco	14	8.28	4.66
Comportamento di gioco	14	5.64	5.12

Entrambe le inferenze sono supportate per le distorsioni cognitive dalla d di Cohen = .566 e per il comportamento di gioco d di Cohen = .390 che confermano che tali cambiamenti, indipendentemente dalla significatività statistica, sono sufficientemente grandi come dimensione.

La valutazione dei risultati di questo studio mette in evidenza l'impatto positivo dell'intervento sui giocatori, durante il ciclo dei gruppi psicoeducativo-motivazionali, sia rispetto alle distorsioni cognitive che al comportamento di gioco d'azzardo, nonostante i limiti presenti come la ristrettezza del campione e la mancanza del gruppo di controllo. Recentemente possiamo trovare in letteratura studi simili che confermano una rilevante correlazione tra distorsioni cognitive e il tipo di gioco, la gravità, l'età del giocatore e la durata del trattamento. Secondo lo studio di [19], per esempio, il processo decisionale e la persistenza nel gioco d'azzardo, sono influenzati dalla loro percezione sull'importanza della conoscenza e delle abilità rispetto alla fortuna nelle attività di gioco, in particolare sulle scommesse sportive e giochi di carte. Inoltre, i pazienti più giovani e quelli in trattamento per un periodo più lungo, hanno dimostrato una minore illusione di controllo. I risultati di un altro studio di [20] mostrano che il tipo di gioco era significativamente associato alla gravità del DGA; inoltre, i giocatori che praticavano giochi d'azzardo di abilità, sembravano più a rischio di sviluppare bias interpretativi. Sicuramente avrebbe molto senso implementare studi di ricerca in questa direzione, e considerare allo stesso tempo nella pratica clinica, l'importanza di porre un'attenzione sistematica sul disagio psicologico, il tipo di gioco, le motivazioni al gioco d'azzardo, e le distorsioni cognitive, sia nella fase dell'assessment che durante il processo terapeutico, soprattutto per i pazienti misti, cioè che praticano contemporaneamente più giochi d'azzardo, ed inclusi quelli di abilità. In effetti, anche nel nostro campione possiamo osservare che, rispetto ai giochi di carte e giochi di abilità, il cambiamento rilevato è inferiore rispetto agli altri giochi d'azzardo dove la componente abilità è minore o assente.

Concludendo potremmo dire che, consapevoli che nel settore delle dipendenze non è possibile garantire la cessazione del sintomo attraverso l'acquisizione di un efficiente controllo, né tantomeno mirare al

restituito ad integrum, in quanto, anche quando vengono attuate misure di protezione del denaro, non ci possiamo stupire se il giocatore si attivi per attingerne da fonti non controllabili (amici, finanziarie ecc). I risultati del nostro studio ci suggeriscono quindi, che i migliori strumenti per la gestione del controllo sull'impulso a giocare d'azzardo, devono essere attivati all'interno del giocatore stesso.

Per Corrispondenza

Ginetta Fusi, Educatrice Professionale. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze. Azienda USL Toscana centro. SerD C. Firenze Q. 5. Tel 055694436, e-mail ginetta.fusi@uslcentro.toscana.it

Bibliografia

1. Valleur M., Bucher C. Le jeu pathologique: Toxibase 1999. 3: 1-23
2. ISS-Istituto Superiore di Sanità. Il Gioco d'Azzardo in Italia. Ricerca realizzata nell'ambito dell'accordo tra Agenzia delle Dogane e Monopoli 2019.
3. Pacifici A., Giuliani M., La Scala L. Rapporti Istisan 18/5 ISS:1123- 3117. Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale. Epidemiologia e sanità pubblica 2018. Roma: ISS; 2019.
4. Lavanco G. Psicologia del gioco d'azzardo sociale. 2018
5. APA-American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM 5. American Psychiatric Association, Whashington, DC.; 2013.
6. Iozzi A., Cocci V., Mannari P., Iraci Saleri G., Tarquini D., Cecchi M. Aggiornamenti sul Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) e Linee di indirizzo della Regione Toscana rivolte ai Medici di Medicina Generale. Pisa: Pacini; 2019
7. Serpelloni G. (2013). Gambling. Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze. 2013
8. Cancrini L., Zavattini G.C. Individuo e contesto nella prospettiva relazionale. Roma: Edizioni Bulzoni; 1977.
9. Correale, A. Il campo istituzionale. Rome: Edizioni Borla; 1991
10. Neri C. Stato gruppale e senso di appartenenza. Quale gruppo per quali pazienti? 2013.
11. Ladouceur R. e al. Cognitive treatment of pathological gambling. J Nerv Ment Dis. 189:774-80
scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione Roma: Cierre Grafica; 2001
12. De Filippi D. Distorsioni cognitive e gambling: gli effetti del trattamento residenziale sui pazienti affetti da gioco d'azzardo patologico. 2000.
13. Iliceto P., Fino E., Cammarota C., et al. Factor Structure and Psychometric Properties of the Italian Version of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-I) Springer Science+Business Media New York. 2013.
14. Grall-Bronnec, Marie, et al. A French adaptation of the Gambling-Related Cognitions Scale (GRCS): A useful tool for assessment of irrational thoughts among gamblers. *Journal of Gambling Issues*, 2012, 27.
15. Weatherly, Jeffrey N.; FLANNERY, K. A. Do Cognitive Fallacies Predict Behavior When NonPathological Gamblers Play Slot Machines and Video Poker?. *Analysis of Gambling Behavior*, 2009, 3.1: 2. Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R. & Tsanos, A. Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies* 1997; 13, 253–266
16. Raylu, N., & Oei, T. P. S. The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction* 2004; 99(6), 757-769.
17. Falloon I. Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie. Trento:

Erikson; 1992

18. Stojnić D., Ricijaš N., Zoričić Z. Cognitive Distortions of Patients in the Gambling Addicts' Club - Differences with Regard to Age and Length of Treatment *Psychiatr Danub* 2019; 31(3):316-324
19. Mathieu S., Barrault B., Brunault P., Varescon I. The role of gambling type on gambling motives, cognitive distortions, and gambling severity in gamblers recruited online *PLoS One*. 6;15(10). e0238978. PMID: 33022001 progetto sperimentale. *Epidemiologia e sanità pubblica*. 2020.

31 MAGGIO 2022 Giornata Mondiale senza Fumo

Lo scorso 31 maggio, in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco, presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi, il Centro Antifumo e la SOD di Pneumologia della stessa AOU Careggi, in collaborazione con il Centro Alcolologico Regionale della Toscana, ha voluto stimolare i cittadini a riflettere sui propri stili di vita, offrendo controlli clinici gratuiti come per esempio: la misurazione della



pressione arteriosa (sappiamo che l'ipertensione non trattata è una principali cause di cattiva salute e che in parte è trattabile con cambiamenti degli stili di vita, come riduzione del consumo di sale, attività fisica regolare, riduzione del consumo di alcol, riduzione del sovrappeso, cessazione tabagica); la misurazione della CO in aria espirata (indicatore significativo di intossicazione tabagica, che sottrae ossigeno alla emoglobina, con ripercussioni nella ossigenazione dei tessuti e loro sofferenza); le prove di funzionalità respiratoria (importanti per comprendere l'eventuale grado di in/sufficienza respiratoria, anch'essa una delle principali causa di cattiva salute nella popolazione e rispetto alla quale sappiamo quanto è importante il contrasto all'abitudine tabagica e relativa dipendenza da nicotina e all'inquinamento atmosferico).

Vi aspettiamo di nuovo per una nuova iniziativa il giorno 23 settembre per ripetere questa iniziativa, coinvolgendo e stimolando sua questi temi anche agli amministratori politici della regione.



Giovanni Battista Modonutti, Gruppo di Ricerca sulla 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.

IL VISSUTO CON IL FUMO DI TABACCO DEGLI/LLE ADOLESCENTI ALL'INIZIO DEL PERCORSO DIDATTICO NELLA SCUOLA SECONDARIA DI 2° GRADO IN PROVINCIA DI GORIZIA (ANNO 2019).

Riassunto

Il fumo di tabacco fa parte del vivere quotidiano degli/le matricole BREIMACODA quattro su dieci delle quali affermano di aver già provato a fumare, sperimentazione avvenuta in media a 12,8aa, per i due terzi degli/le sperimentatori/trici prima di accedere alla Scuola Secondaria di 2° grado. Buona parte degli sperimentatori - sei su dieci - hanno dato un seguito alla loro prima esperienza con il fumo di tabacco - un maschio su due e due femmine su tre - diventando fumatori mediamente a 12,9aa. Otto sperimentatori su dieci - tre maschi su quattro e quattro femmine su cinque - hanno iniziato la carriera tabagica entro un anno dal primo approccio al fumo di tabacco. Uno/a studente/ssa su quattro afferma di fumare - un maschio su cinque e una femmina su tre -, la popolazione fumatrice ha un'età media di 14,6aa, sei fumatori su dieci - un maschio su due e due femmine su tre - sono quattordicenni, tutti/e i/le fumatori/trici sono minorenni. I consumi tabagici medi licitati dai/le fumatori/trici ammontano a 2,8sig/die, un decimo della comunità scolastica è un/a fumatore/trice occasionale (fuma <1,0sig/die), un sesto un/a fumatore/trice abituale (fuma ≥1,0sig/die). Fumare non mette a rischio la salute è l'opinione che accomuna i due terzi degli/delle adolescenti - due studenti/esse su tre hanno espresso una opinione in proposito - e le femmine - tre su quattro - appaiono più propense dei coetanei - uno su due - a riconoscere l'innocuità del fumo di tabacco. La popolazione studentesca è dell'idea che fumare in media 2,6sig/die non mette a repentaglio la salute e le adolescenti - 3,2sig/die - si rivelano più permissive dei compagni di scuola - 2,0sig/die -. Per i maschi fumatori non rappresentano un rischio consumi tabagici medi (2,8sig/die) superiori a quelli che i coetanei non fumatori ritengono innocui (1,8sig/die), mentre nella popolazione femminile sono le non fumatrici (3,7sig/die) ad essere più tolleranti delle fumatrici (2,6sig/die). I consumi tabagici ritenuti privi di rischio dalle studentesse non fumatrici sono nettamente più elevati di quelli ammessi dalla corrispondente popolazione maschile. I due terzi della popolazione fumatrice, tre maschi su quattro ed una femmina su due, dichiara consumi tabagici quotidiani superiori a quelli indicati da loro stessi a rischio di problemi psico-medico sociali tabacco correlati.

Parola Chiave: adolescenti, sperimentazione, comportamenti, carriera tabagica, percezione del rischio, contraddizioni

Abstract

Tobacco smoking is part of the daily life of BREIMACODA freshmen, four out of ten of whom claim to have already tried smoking, experimentation occurred on average at 12.8aa, for two thirds of the experimenters before accessing the 2nd grade secondary school. Most of the experimenters - six out of ten - followed up on their first experience with tobacco smoking - one out of two males and two out of three females - becoming smokers on average at 12.9ya. Eight out of ten experimenters - three out of four males and four out of five females - started their smoking careers within a year of first taking tobacco smoking. One in four students say they smoke - one in five male and one in three female -, the smoking population has an average age of 14.6 years, six out of ten smokers - one out of two males and two out of three females - are fourteen, all smokers are minors. The average tobacco consumption bidden by smokers amounts to 2.8sig / day, one tenth of the school community is an occasional smoker (smokes <1.0sig / day), one sixth is a smoker / trice habitual (smokes > 1.0sig day). Smoking does not endanger health is the opinion shared by two thirds of adolescents - two out of three students have expressed an opinion on the subject - and females - three out of four - appear more inclined than their peers - one in two - to recognize the harmlessness of tobacco smoke. The student population is of the idea that smoking on average 2.6sig / day does not endanger health and adolescents - 3.2sig / day - are more permissive than schoolmates - 2.0sig / day -. For male smokers, average tobacco consumption (2.8sig / day) does not represent a risk higher than those that non-smoking peers consider harmless (1.8sig / day), while in the female population they are non-smokers (3.7sig / day) to be more tolerant than smokers (2.6sig / day). The consumption of tobacco considered risk-free by non-smoking students is much higher than those admitted by the corresponding male population. Two thirds of the smoking population, three out of four males and one out of two females, declare daily tobacco consumption higher than those indicated by themselves at risk of tobacco related psycho-medical social problems.

Keyword: adolescents, experimentation, behavior, smoking career, risk perception, contradictions

Introduzione

Costruire un percorso educativo nei confronti dell'uso di sostanze voluttuarie (SV) - bevande alcoliche, fumo di tabacco, nervini,...-, comportamento ampiamente radicato nel vivere quotidiano e universalmente riconosciuto dalla comunità scientifica come il più penalizzante "fattore di rischio evitabile per la salute" [1-6], è una responsabilità alla quale le istituzioni politiche e socio sanitarie non intendono sottrarsi.

A questo proposito, fra le Agenzie coinvolte nella "promozione della salute", alla Scuola viene riconosciuto un ruolo importante e richiesto un considerevole impegno finalizzato alla emancipazione della popolazione già dalle prime fasce d'età, le più fragili e pronte a far proprie abitudini, atteggiamenti e comportamenti proposti dallo stile di vita della società civile, apparentemente allettanti, che talvolta fanno riferimento ad una cultura popolare scarsamente documentata, fuorviante e poco rispettosa della qualità della vita.

In quest'ottica "Dall'idea all'azione: stili di vita e rischi per la salute" [7,8] è il progetto di riferimento nell'ambito del quale le indagini conoscitive sul vivere quotidiano degli adolescenti scolarizzati del goriziano [9-18] hanno messo in luce alcune fragilità, oggetto di attenta riflessione e discussione, che hanno indotto l'istituzione scolastica ad inserire nella programmazione didattica curricolare un "intervento mirato" di promozione della salute che si propone di "modificare conoscenze scorrette e ridurre la prevalenza dei comportamenti a rischio". Il tutto avendo ben presente che la congruità della programmazione e l'efficacia degli interventi di informazione, formazione e sensibilizzazione (IFS) nei confronti delle sostanze voluttuarie non possono prescindere dalla conoscenza del background culturale e comportamentale della popolazione scolastica e dalla precocità del coinvolgimento della Scuola e degli/le studenti/esse come protagonisti della formazione.

Materiali e Metodi

Pertanto, nel corso del 2019¹, al momento di procedere all'attuazione di una attività di promozione della salute nella Scuola, è stato proposto dal Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES) di Trieste - responsabile scientifico del progetto - agli studenti delle prime classi di alcuni Istituti Tecnici e Professionali della provincia di Gorizia², fruitori e protagonisti dell'intervento di IFS, di rispondere - in aula durante la normale programmazione didattica - alle domande di una scheda questionario - cartacea, anonima, autosomministrata, semi strutturata [19,20] - sulla loro esperienza di vita, pregressa ed attuale, e le conoscenze riguardanti la natura, le proprietà, gli effetti ed i rischi correlati alle sostanze voluttuarie. Le informazioni raccolte, sono state codificate, computerizzate in una matrice Excel, sottoposte ad editing ed elaborate con l'ausilio dello Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) [21-23]. L'analisi ed il commento dei risultati fanno riferimento alle frequenze assolute (n) e/o relative (%), alla media aritmetica campionaria (\bar{x}) ed al suo intervallo di confidenza (IC95%).

¹ Nel febbraio/marzo (AS 2018/19) e ottobre/dicembre (AS 2019/20) del 2019.

² G. Brignoli di Gradisca d'Isonzo (GO), L. Einaudi e G. Marconi di Staranzano (GO), RM Cossar-L. da Vinci di Gorizia di seguito indicati come "BREIMACODA".

Il “t Test di Student”, per il confronto fra le medie aritmetiche campionarie, ed il test del “Chi-quadrato” (χ^2), per il confronto fra le frequenze - applicando, in funzione delle situazioni, la “correzione di Yates” o il “metodo esatto di Fisher” [24-26] - sono stati utilizzati per valutare la significatività degli eventi.

L'indagine ha interessato 312 studenti/esse (Tab. 1) con una marcata presenza dei maschi rispetto alle femmine (M=> n: 198; 63,5%; F=> n: 114; 36,5%; $p < 0,0005$).

Maschi n (%)	Femmine n (%)	MF n (%)
198 (63,5%)*	114 (36,5%)*	312 (100)

Tab. 1 - Numero (n) e distribuzione percentuale (%), specifici/che per genere, degli/le studenti/esse delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019). *) $p < 0,0005$

L'età anagrafica della comunità scolastica coinvolta (Tab. 2) oscilla fra i 13 ed i 18aa anni (M: 13-18aa; F: 13-17aa), l'età media stimata è di 14,3aa (IC95%: 14,2-14,4aa), per i maschi pari a 14,4aa (IC95%: 14,3-14,5aa) per le femmine a 14,3aa (IC95%: 14,2-14,4aa).

Età (anni)	Maschi (anni)	Femmine (anni)	MF (anni)
Range	13-18	13-17	13-18
x	14,4	14,3	14,3
SD	0,757	0,67	0,73
ES	0,05	0,06	0,05
IC95%	14,3-14,5	14,2-14,4	14,2-14,4

Tab. 2 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (IC95%), specifici/che per genere, dell'età anagrafica dichiarata dagli/le studenti/esse delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019).

Risultati

L'approccio al fumo di tabacco

La sperimentazione è un evento essenziale nel percorso di crescita di un adolescente che così facendo costruisce ed amplia il bagaglio esperienziale, essenziale alla sua l'emancipazione e artefice delle scelte "consapevoli, critiche e responsabili", in grado di orientare, con il contributo del contesto sociale e culturale, il suo stile di vita.

Hanno già provato ...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
No (Nsp)	60,6*	52,6	58,7 [^]
Si (Spe)	39,4*	47,4	41,3 [^]

Tab. 3 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) che affermano di aver già provato a fumare (Spe). *,[^] p<0,0005

Vuoi nella popolazione scolastica in toto (MF: 58,7%) che in quella di entrambi i generi (M: 60,6%; F: 52,6%) gli/le studenti/esse che non hanno sperimentato il fumo di tabacco (Nsp) prevalgono (Tab.3), talvolta significativamente (Nsp vs Spe=>M: p<0,005; MF: p<0,0005), sui/sulle coetanei/e che invece hanno già fatto questa esperienza (Spe). Al momento, il 41,3% della popolazione studentesca all'inizio del percorso di studi alla Scuola Secondaria di 2° grado BREIMACODA, ha già vissuto una prima esperienza con il fumo di tabacco e le ragazze sperimentatrici (M: 39,4%; F: 47,4%) sono in qualche misura più numerose dei compagni di scuola.

Età	Maschi	Femmine	MF
(anni)	(anni)	(anni)	(anni)
Range	8-16	9-15	8-16
x	12,7	12,9	12,8
SD	1,506	1,338	1,436
ES	0,17	0,18	0,13
C.I.95%	12,4-13,0	12,5-13,2	12,5-13,0

Tab. 4 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (IC95%), specifici/che per genere, dell'età in cui gli/le studenti/esse sperimentatori/trici delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) dicono di aver provato a fumare per la prima volta.

L'età della sperimentazione

Gli sperimentatori/trici fanno risalire il primo approccio al fumo di tabacco (Tab. 4) fra gli 8 ed i 16aa (M: 8-16aa; F: 9-15aa), ad una età media di 12,8aa (IC95%: 12,5-13,0aa) che non mostra differenze sostanziali legate al genere (M=>x: 12,7aa; IC95%: 12,4-13,0aa; F=>x: 12,9aa; IC95%: 12,5-13,2aa). La distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le sperimentatore/trice in funzione dell'età in cui hanno provato a fumare per la prima volta mette in evidenza che il 6,1% di questi (M: 7,7%; F: 3,7%) hanno approcciato il fumo prima degli 11 anni, ragionevolmente nel corso degli studi alla Scuola Primaria (Tab. 5).

Età	Maschi	Femmine	MF
(anni)	(%)	(%)	(%)
<11aa	7,7 ^{a,d}	3,7 ^{b,e}	6,1 ^{c,f}
11-13aa	61,5 ^{a,g}	61,1 ^{b,h}	61,34 ^{c,i}
≥14aa	30,8 ^{d,g}	35,2 ^{e,h}	32,6 ^{f,i}

Tab. 5 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse sperimentatori/trici delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) in funzione dell'età in cui dicono di aver provato a fumare per prima volta. h) p<0,01; a,b,c,d,e,f,g,i) p<0,0005

Di gran lunga più rappresentati (11-13aa vs <11aa =>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) si sono rivelati il 61,3% degli/le sperimentatori/trici (M: 61,5%; F: 61,1%) che affermano di aver archiviato la prima esperienza tabagica fra gli 11-13 aa, con molta probabilità ai tempi della Scuola Secondaria di 1°

grado (SS1). Questi ultimi prevalgono decisamente (11-13aa vs $\geq 14aa \Rightarrow M: p < 0,0005$; F: $p < 0,01$; MF: $p < 0,0005$) anche sul 32,6% dei/le coetanei/e che datano la sperimentazione tabagica a 14 anni ed oltre (M: 30,8%; F: 35,2%), in buona sostanza fra la fine degli studi alla SS1 e l'inizio degli studi alla Scuola Secondaria di 2° grado (SS2). Contemporaneamente, la coorte degli/delle sperimentatori/trici che hanno vissuto l'evento ad un'età $\geq 14aa$ risulta nettamente più numerosa di quella dei coetanei che riconducono la loro prima esperienza tabagica prima degli undici anni ($\geq 14aa$ vs $< 11aa \Rightarrow M: p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$).

Da sperimentatore/trice a fumatore/trice

Attualmente, il 41,7% degli/le sperimentatori/trici (Tab. 6) affermano di essersi limitati/e al primo approccio al fumo di tabacco (Spe), esperienza che risulta più diffusa fra i maschi che fra le femmine (M: 50,0%; F: 29,6%; $p < 0,025$). Per parte loro, il 58,3% dei/le compagni/e che ammettono di aver già provato a fumare - la maggioranza (Fum vs Spe $\Rightarrow F: p > 0,0005$; MF: $p < 0,01$) -, hanno dato seguito, le ragazze più numerose dei coetanei (M: 50,0%; F: 70,4%; $p < 0,025$), al primo approccio al fumo di tabacco diventando, in qualche misura, fumatori/trici (Fus).

Comportamento tabagico	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Sperimentatori (Spe)	50,0 ^b	29,6 ^{b,°}	41,7 [^]
Sperimentatori \Rightarrow Fumatori (Fus)	50,0 ^a	70,4 ^{°,a}	58,3 [^]

Tab. 6 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse sperimentatori/trici delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) in funzione del comportamento tabagico acquisito. a,b) $p < 0,025$; ^) $p < 0,01$; °) $p < 0,0005$

Il comportamento tabagico

Gli/le adolescenti che attualmente affermano di non fumare (Tab. 7) ammontano al 75,3% e rappresentano buona parte della popolazione studentesca (Nof vs Fus $\Rightarrow M: p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) nella quale i ragazzi sono di gran lunga più virtuosi delle coetanee (Nof $\Rightarrow M: 80,3\%$; F: 66,7%; $p < 0,01$). Contestualmente, il 24,7% dei/le compagni/e affermano di fare un qualche uso del fumo di tabacco (Fus) e le fumatrici prevalgono decisamente sui coetanei fumatori (M: 19,7%; F: 33,3%; $p < 0,01$).

Comportamento tabagico	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non fumatore (Nof)	80,3 ^{*,b}	66,7 ^{°,b}	75,3 [^]
Fumatore (Fus)	19,7 ^{*,a}	33,3 ^{°,a}	24,7 [^]

Tab.7 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) in funzione del comportamento tabagico.
a,b) p<0,01; *,°,^) p<0,0005

I fumatori/trici (Tab. 8) hanno un'età che varia fra un minimo di 14 ed un massimo di 17aa (M: 14-17aa; F: 14-16aa), l'età media è di 14,6aa (IC95%: 14,4-14,8aa) e, seppur di poco, le fumatrici (F=>x: 14,4aa; IC95%: 14,2-14,6aa) appaiono mediamente più giovani dei compagni di studi fumatori (M=>x: 14,8aa; IC95%: 14,5-15,1aa).

Età (anni)	Maschi (anni)	Femmine (anni)	MF (anni)
Range	14-17	14-16	14-17
x	14,8	14,4	14,6
SD	0,986	0,638	0,848
ES	0,16	0,10	0,10
C.I.95%	14,5-15,1	14,2-14,6	14,4-14,8

Tab. 8 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (C.I.95%), specifici/che per genere, dell'età degli/le studenti/esse fumatori/trici delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019).

Nel dettaglio, i/le quattordicenni che fumano - costituiscono il 61,0% della popolazione scolastica fumatrice (M: 53,8%; F: 68,4%) - prevalgono nettamente (Tab. 9) sui/le quindicenni che fanno un qualche uso del fumo di tabacco (14aa vs 15aa=>M: p<0,01; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) che ammontano al 23,4% (M: 23,1%; F: 23,7%). La differenza è ancor più marcata sia dal gruppo dei/le compagni/e sedicenni (14aa vs 16aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) che rappresentano l'11,7% dei fumatori/trici (M: 15,4%; F: 7,9%), vuoi da quello dei/elle diciassettenni (14aa vs 17aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) che si attestano al 3,9% (M: 7,7%; F: 0,0; p<0,08).

Età (anni)	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
14	53,8 ^{a,d,g}	68,4 ^{b,e,h}	61,0 ^{c,f,i}
15	23,1 ^{a,l}	23,7 ^{b,j,m}	23,4 ^{c,k,n}
16	15,4 ^{d,o}	7,9 ^{e,j,p}	11,7 ^{f,k,q}
17	7,7 ^{*,g,l,o}	0,0 ^{*,h,m,p}	3,9 ^{i,n,q}

Tab. 9 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, dei/elle fumatori/trici delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) in funzione della classe d'età.
j,k) p<0,06; *,o,p,q) p<0,08; l) p<0,025; a) p<0,01; m) p<0,005; b,c,d,e,f,g,h,i,n) p<0,0005

Per parte loro i/le fumatori/trici quindicenni risultano prevalere sensibilmente sui/le compagni/e sedicenni (15aa vs 16aa=> F: p<0,06; MF: p<0,06) e sui diciassettenni (15aa vs 17aa=> M: p<0,025; F: p<0,005; MF: p<0,0005). A loro volta i sedicenni che ammettono di fumare sono preponderanti sui/le diciassettenni che fumano (16aa vs 17aa=>M: p<0,08; F: p<0,08; MF: p<0,08).

La carriera tabagica

La comunità scolastica fumatrice (Tab. 10) dichiara di aver iniziato a fumare fra i 9 ed i 16 anni (M: 10-16aa; F: 9-15aa), in media a 12,9aa (IC95%: 12,6-13,2aa) che nei maschi è pari a 13,0aa (IC95%: 12,5-13,5aa) nelle compagne di studi a 12,8aa (IC95%: 12,3-13,5aa).

Età	Maschi	Femmine	MF
(anni)	(anni)	(anni)	(anni)
Range	10-16	9-15	9-16
x	13,0	12,8	12,9
SD	1,539	1,283	1,414
ES	0,25	0,21	0,16
C.I.95%	12,5-13.5	12,3-13.5	12,6-13.2

Tab. 10 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (C.I.95%), specifici/che per genere, dell'età dalla quale gli/le studenti/esse fumatori/trici delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) dicono di fumare.

Gli/Le adolescenti fumatori/trici che riconducono l'inizio della carriera tabagica a prima degli 11aa (Tab. 11) ammontano al 2,7% (M: 2,6%; F: 2,7%).

Età	Maschi	Femmine	MF
(anni)	(%)	(%)	(%)
<11aa	2,6 ^{a,d}	2,7 ^{b,e}	2,7 ^{c,f}
11-13aa	55,3 ^a	67,6 ^{b,h}	61,3 ^{c,i}
≥14	42,1 ^d	29,7 ^{e,h}	36,0 ^{f,i}

Tab. 11 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, dell'età in cui gli/le studenti/esse fumatori/trici delle classi 1^e BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2017/18) affermano fumare.

^{h)} p<0,001; ^{e,i)} p<0,005; ^{a,b,c,d,f)} p<0,0005

Ben più rappresentati/e si rivelano il 61,3%, dei/le colleghi/e (M: 55,3%; F: 67,6%) che rammentano di fumare dall'età di 11 - 13 anni (11-13aa vs <11aa =>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), ed il 36,0% dei/le coetanei/e (M: 42,1%; F: 29,7%) che ricordano di farlo dai 14 anni (≥14aa vs <11aa=>M: 0,0005; F: p<0,005; MF: p<0,0005). A seguire, i/le compagni/e che fumano dall'età di 11-13aa prevalgono, talvolta in misura marcata (11-13aa vs ≥14aa=>F: p<0,001; MF: p<0,005), sui/le coetanei/e che dicono di far uso del fumo di tabacco da un'età ≥14aa. Scorrendo le risposte delle matricole BREIMACODA ci si rende conto che dalla sperimentazione all'inizio della carriera tabagica (Tab. 12) sono trascorsi tra 0,5 e 4 anni (M: 0,5-4,0aa; F: 0,5-2,0aa), un intervallo temporale medio di 0,8aa

(IC95%: 0,6-0,9aa), lasso di tempo che per i maschi è mediamente di 0,9aa (IC95%: 0,6-1,2aa) per le femmine di 0,7aa (IC95%: 0,5-0,8aa).

Età	Maschi	Femmine	MF
(anni)	(anni)	(anni)	(anni)
Range	0,5-4,0	0,5-2,0	0,5-4,0
x	0,9	0,7	0,8
SD	0,888	0,421	0,704
ES	0,14	0,07	0,08
C.I.95%	0,6-1,2	0,5-0,8	0,6-0,9

Tab. 12 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (C.I.95%), specifici/che per genere, degli anni trascorsi dalla età della sperimentazione all'età d'inizio della carriera tabagica degli/le studenti/esse fumatori/trici delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019).

Frattanto, specificano di aver iniziato a fumare da meno di un anno dalla sperimentazione (Tab. 13) il 79,2% dei/le fumatori/trici (M: 74,4%; F: 84,2%).

Età (anni)	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
0,0<-<1,0	74,4 ^{a,d,g,j}	84,2 ^{b,e,h,k}	79,2 ^{c,f,i,l}
1,0-<2,0	10,3 ^a	7,9 ^{b,q,t}	9,1 ^{c,u}
2,0-<3,0	5,1 ^d	7,9 ^{e,w}	6,5 ^{f,x}
3,0-<4,0	7,7 ^{g,*}	0,0 ^{h,q,*}	3,9 ⁱ
≥4,0	2,6 ^j	0,0 ^{k,t,w}	1,3 ^{l,u,x}

Tab. 13 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse fumatori/trici delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) in funzione dagli anni intercorsi dalla sperimentazione all'inizio della carriera tabagica. q,t,w,x,* p<0,08; u) p<0,05; a,b,c,d,e,f,g,h,j,k,i,l) p<0,0005

Nettamente inferiori appaiono nell'ordine il 9,1% dei/le coetanei/e (M: 10,3%; F: 7,9%) che fanno risalire il via della carriera di fumatori/trici dopo 1,0-<2,0aa dalla iniziazione tabagica (0,0<-<1,0aa vs 1,0-<2,0aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) ed il 6,5% dei/elle coetanei/e (M: 5,1%; F: 7,9%) che ammettono di essere diventati/e fumatori/trici dopo 2,0-<3,0aa dal primo approccio al fumo di tabacco (0,0<-<1,0aa vs 2,0-<3,0aa=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

Minoritario e pari al 3.9% è il gruppo dei/le fumatori/trici - solo maschi (M: 7,7%; F: 0,0%; $p < 0,08$) - che ricorda di aver intrapreso a fumare dopo 3,0- < 4,0aa (0,0- < < 1,0aa vs 3,0- < 4,0aa => M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) ed ancor di più quello dell'1,3% dei/le coetanei/e – unicamente ragazzi (M: 2,6%; F: 0,0%) - che hanno dato il via alla carriera tabagica dopo 4,0aa o più anni dalla loro prima esperienza con il fumo di tabacco (0,0- < < 1,0aa vs $\geq 4,0aa$ => M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$).

Nello stesso contesto, i/le fumatori/trici che hanno iniziato la convivenza con il fumo di tabacco dopo 1,0- < 2,0aa dalla sperimentazione predominano sui/le compagni/e che asseriscono di aver iniziato a fumare dopo 3,0- < 4,0aa dalla sperimentazione tabagica (1,0- < 2,0aa vs 3,0- < 4,0aa => F: $p < 0,08$) e sugli/le adolescenti che datano l'inizio della carriera tabagica dopo 4,0 o più anni dalla prima esperienza con il fumo di tabacco (0,0- < < 1,0aa vs $\geq 4,0aa$ => F: $p < 0,08$; MF: $p < 0,08$). Emergono differenze sostanziali anche fra la percentuale dei/le giovani che sono diventati/e fumatori/trici dopo 2,0- < 3,0aa e quella dei coetanei che hanno iniziato a fumare a $\geq 4,0aa$ dalla iniziazione al fumo (2,0- < 3,0aa vs $\geq 4,0aa$ => F: $p < 0,08$; MF: $p < 0,08$).

I consumi tabagici

La popolazione fumatore/trice ammette di fumare fra 0,003 e 20,0 sigarette al giorno (sig/die) (M: 0,003-15,0sig/die; F: 0,003-20,0sig/die), i consumi medi stimati ammontano a 2,8sig/die (IC95%: 1,9-3,8sig/die) e sono pari a 2,6sig/die (IC95%: 1,5-3.6sig/die) per i maschi ed a 3,1sig/die (IC95%: 1,6-4,6sig/die) per le femmine (Tab.14).

Consumi	Maschi	Femmine	MF
(sig/die)	(sig/die)	(sig/die)	(sig/die)
Range	0,003-15,0	0,003-20,0	0,003-20,0
x	2,6	3,1	2,8
SD	3,337	4,668	4,031
ES	0,53	0,76	0,46
C.I.95%	1.5-3.6	1,6-4,6	1,9-3,8

Tab. 14 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (C.I.95%), specifici/che per genere, del consumo totale medio giornaliero pro capite di sigarette (sig/die) dichiarato dagli/le studenti/esse fumatori/trici delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019).

Le abitudini tabagiche

Il censimento dei consumi dichiarati dagli/le studenti/esse mette in luce che il 10,6% della popolazione scolastica (Tab. 15), quella femminile nettamente più coinvolta di quella maschile (M: 7,6%; F: 15,8%; $p < 0,025$), in quanto fuma mediamente meno di una sigaretta al giorno è costituita da “fumatori/trici occasionali (Foc)”. Nella stessa realtà studentesca il 14,1% dei/delle compagni/e di scuola (M: 12,1%; F: 17,5%) che consumano in media una o più sigarette al giorno costituiscono la coorte dei “fumatori/trici abituali (Fab)”.

Abitudini tabagiche dei fumatori	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Occasionali (Foc: <1,0 sig/die)	7,6*	15,8*	10,6
Abituali (Fab: >1,0 sig/die)	12,1	17,5	14,1

Tab. 15 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) in funzione delle abitudini tabagiche. *) $p < 0,025$

Nel contesto scolastico, a fronte del 19,2% della popolazione studentesca fumatrice che consuma <5,0sig/die (Tab. 16), nettamente meno rappresentati risultano sia il 3,5% dei/delle compagni/e di scuola che affermano di fumare quotidianamente 5,0-<10,0sig/die (<5,0sig/die vs 5,0-≤10,0sig/die: $p < 0,0005$), vuoi l'1,9% dei/delle coetanei/e i cui consumi medi sono pari a 10 o più sig/die (<5,0sig/die vs ≥10,0sig/die: $p < 0,0005$).

Classi di consumo (sig/die)	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
<5,0sig/die	15,2 ^{*,a,d}	26,3 ^{*,b,e}	19,2 ^{c,f}
5,0-<10,0sig/die	4,0 ^{a,g}	2,6 ^b	3,5 ^c
≥10,0sig/die	0,5 ^{^,d,g}	4,4 ^{^,e}	1,9 ^f

Tab. 16 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) in funzione delle classi di consumo tabagico dichiarato. g, *, ^) $p < 0,025$; a,b,c,d,e,f) $p < 0,0005$

Una situazione simile si constata in entrambi i generi all'interno dei quali la presenza degli/le studenti/esse i cui consumi quotidiani ammontano mediamente a <5,0sig/die (M: 15,2%; F: 26,3%)

risulta preponderante (<5,0sig/die vs 5,0-<10sig/die=>M: p<0,0005; F: p<0,0005) su quella dei/lle colleghi/e i cui consumi tabagici giornalieri oscillano fra 5,0-<10,0sig/die (M: 4,0%; F: 2,6%) e su quella dei/delle compagni/e (M: 0,5%; F: 4,4%) che fumano quotidianamente in media $\geq 10,0\text{sig/die}$ (<5,0sig/die vs $\geq 10\text{sig/die}$ =>M: p<0,0005; F: p<0,0005). Limitatamente alla popolazione maschile i fumatori che consumano 5,0-<10,0sig/die risultano percentualmente più rappresentati (p<0,025) dei compagni di studi che fumano mediamente $\geq 10,0\text{sig/die}$. Infine, le ragazze che fumano <5,0sig/die (F vs M: p<0,025) così come le coetanee che consumano mediamente $\geq 10,0\text{sig/die}$ (F vs M: p<0,025) prevalgono sulla corrispondente popolazione maschile.

La percezione del rischio

Per conoscere l'opinione e la sensibilità degli adolescenti nei confronti dei "problemi psico-medico-sociali tabacco correlati" è stato chiesto loro: "secondo te quante sigarette è consentito fumare senza che la salute ne risenta?" (Tab.18). Hanno reso disponibile una risposta il 65,4% degli/lle studenti/esse - la maggioranza (Ris vs Nr=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) - e le ragazze si sono dimostrate più collaborative dei compagni di studi (M: 62,1%; F: 71,1%; p<0,0005).

Secondo te quante sigarette...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non rispondenti (Nr)	37,9*	28,9°	34,6^
Rispondenti (Ris)	62,1*.a	71,1°.a	65,4^

Tab. 18 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/lle studenti/esse delle classi 1^e BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) che hanno risposto alla domanda: "secondo te quante sigarette si possono fumare senza che la salute ne risenta?". a,*,°,^ p<0,0005

L'analisi delle risposte mette in risalto che il 40,2% degli/lle studenti/esse rispondenti³, i maschi nettamente più numerosi delle femmine (M: 49,6%; F: 25,9%; p<0,001), sono dell'idea che "fumare è un rischio per la salute" (Tab. 19), opinione che viene contraddetta, seppur con diversa forza (Si vs No=> F: p<0,0005; MF p<0,0005), dalla maggioranza della comunità scolastica (59,8%) nella quale le femmine che affermano "il fumo di tabacco è innocuo" sono percentualmente più rappresentate dei maschi (M: 50,4%; F: 74,1%; p<0,0005).

³ Le percentuali sono state calcolate utilizzando come denominatore gli studenti/esse che hanno fornito una risposta alla specifica domanda.

Secondo te fumare è un rischio...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Si	49,6 ^b	25,9 ^{b,°}	40,2 [^]
No	50,4 ^a	74,1 ^{°,a}	59,8 [^]

Tab. 19 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse rispondenti delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) in funzione delle opinioni espresse a proposito della "innocuità" del fumo di tabacco. a,b) $p < 0,001$; *,[^]) $p < 0,0005$

Quanto si può fumare

Gli/le studenti/esse che ritengono innocuo il fumo di tabacco (Tab. 20) sono del parere che non costituisce un pericolo per la salute fumare quotidianamente fra 0,033 e 30,0sig/die

Consumi tabagici (sig/die)	Maschi (sig/die)	Femmine (sig/die)	MF (sig/die)
Range	0,033-10,0	0,033-30,0	0,033-30,0
x	2,0 ^a	3,2 ^a	2,6
SD	2,138	5,145	3,943
ES	0,27	0,66	0,36
C.I.95%	1,5-2,6	1,9-4,5	1,9-4,5

Tab. 20 - Range, media aritmetica (x), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (C.I.95%), specifici/che per genere, del consumo (sig/die) che gli/le studenti/esse delle prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) ritengono si possa fare senza che la salute ne risenta. a) $p < 0,11$

(M: 0,033-10,0sig/die; F: 0,033-30,0sig/die), riconducibili ad un consumo medio di 2,6sig/die (IC95%:1,9-4,5sig/die) che a sentire i maschi (x: 2,0sig/die; IC95%: 1,5-2,6sig/die) è in qualche misura più contenuto (M vs F: $p < 0,11$) di quello ritenuto innocuo dalle coetanee (x: 3,2sig/die; IC95%: 1,9-4,5sig/die).

Approfondendo l'analisi si ha riscontro che il 68,9% degli/le studenti/esse, (Tab. 21) affermano che fumare mediamente 1,0-<5,0sig/die non rappresenta un rischio per la salute, parere che trova d'accordo i ragazzi in misura maggiore rispetto alle compagne di scuola (M: 79%; F: 58,3%; $p < 0,025$).

Classi di consumo (sig/die)	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
<1,0	12,9 ^{a,d}	23,3 ^{b,e,h}	18,0 ^{c,f,i}
1,0-<5,0	79,0 ^{*,a,l,o}	58,3 ^{*,b,m,p}	68,9 ^{c,n,q}
5,0-<10,0	3,2 ^{d,l}	6,7 ^{e,m}	4,9 ^{f,n}
≥10,0	4,8 ^o	11,7 ^{h,p}	8,2 ^{l,q}

Tab. 21 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse delle classi 1e BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) che propendono per l'innocuità del fumo di tabacco in funzione di quante sigarette dicono si possono fumare senza nuocere alla salute.
^{h)} p<0,09; ^{d)} p<0,05; ^{f)} p<0,005; ^{*,e,i)} p<0,025; ^{a,b,c,l,m,n,o,p,q)} p<0,0005

Nettamente inferiori si rivelano nell'ordine il 18,0% dei/le coetanei/e (M: 12,9%; F: 23,3%), i più prudenti, che ritengono innocuo un consumo tabagico medio di <1,0sig/die (1,0-<5,0 vs <1,0sig/die=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), l'8,2% degli/le studenti/sse (M: 4,8%; F: 11,7%) che affermano essere privo di rischio fumare in media ≥10,0sig/die (1,0-<5,0 vs ≥10,0sig/die=> M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) ed il 4,9% dei/le compagni/e (M: 3,2%; F: 6,7%) che pensano non sia pericoloso far un uso quotidianamente di 5,0-<10,0sig/die (1,0-5,0 vs 5,0-<10,0sig/die=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

Frattanto, la coorte degli/le studenti/sse convinti che fumare <1,0sig/die non esponga a rischio la salute prevale significativamente su quella dei/le coetanei/e che reputano innocuo un consumo quotidiano compreso fra 5,0-<10sig/die (<1,0 vs 5,0-<10,0sig/die=>M: p<0,05; F: p<0,025; MF: p<0,005) e seppur in misura più sfumata (<1,0 vs ≥10,0sig/die: F: p<0,09; MF: p<0,025) su quella dei/le compagni/e che affermano l'innocuità di consumi tabagici ≥10,0sig/die (<1,0 vs ≥10,0sig/die: F: p<0,09; MF: p<0,025).

La popolazione fumatore/trice (Sm) si dice convinta che consumi medi di 2,7sig/die (IC95%: 1,6-3,7sig/die) non ledano la salute dei/le fumatori/trici (Tab. 22), mentre i non fumatori/trici (Ns) reputano innocuo fumare mediamente 2,6sig/die (IC95%: 1,6-3,5sig/die). I maschi fumatori ritengono privi di rischio consumi tabagici medi quotidiani (x: 2,8sig/die; IC95%: 1,3-4,4sig/die) decisamente superiori (Sm vs Ns: p<0,002) a quelli indicati dai coetanei non fumatori (x: 1,8sig/die; IC95%: 1,2-2,4sig/die), mentre le ragazze fumatrici definiscono innocui consumi medi quotidiani (Sm=>2,6sig/die; IC95%: 1,1-4,0sig/die) inferiori a quelli citati come privi di rischio dalle coetanee non fumatrici (Ns=>3,7sig/die; IC95%: 1,6-5,8sig/die). Nell'ambito dei non fumatori/trici le ragazze ritengono non lesivi consumi medi quotidiani di gran lunga superiori (M vs F: p<0,044) a quelli che i compagni di scuola affermano non presentare alcun rischio per la salute.

Comportamento tabagico	Maschi x (IC95%)	Femmine x (IC95%)	MF x (IC95%)
Sm	2,8* (1,3-4,4)	2,6 (1,1-4,0)	2,7 (1,6-3,7)
Ns	1,8 ^{*,a} (1,2-2,4)	3,7 ^a (1,6-5,8)	2,6 (1,6-3,5)

Tab. 22 - Media aritmetica (x) ed intervallo di confidenza della media (C.I.95%), specifica/o per genere, del consumo totale medio giornaliero pro capite di sigarette (sig/die) che secondo gli/le studenti/esse fumatori/trici (Sm) e non fumatori/trici (Ns) delle classi prime BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) si possono fumare senza che la salute ne risenta. *) p<0,002; a) p<0,044

Coerenza dei comportamenti

Interfaciando i consumi tabagici dichiarati dai/le singoli/e fumatori/trici con i consumi dagli/le stesi/e ritenuti innocui (Tab. 23) balza agli occhi che il 35,1% dei fumatori in quanto dichiarano consumi tabagici inferiori o uguali a quelli che affermano essere innocui hanno un comportamento “coerente (Coe)” con la loro percezione di rischio per la salute.

Comportamento tabagico	Maschi (sig/die)	Femmine (sig/die)	MF (sig/die)
Coerente	23,1 ^{b,*}	47,4 ^b	35,1 [^]
Incoerente	76,9 ^{*,a}	52,6 ^a	64,9 [^]

Tab. 23 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse fumatori delle classi 1e BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (Anno 2019) in funzione della “coerenza del comportamento tabagico”. a,b) p<0,05; *,^) p<0,0005

Allo stesso tempo, costituiscono una netta maggioranza (Coe vs Inc: p<0,0005) e ammontano al 64,9% gli/le adolescenti/i/le fumatori/trici che in quanto ammettono consumi tabagici superiori a quelli da loro ritenuti privi di rischio hanno un comportamento “incoerente (Inc)” con la personale idea dell’innocuità del fumo di tabacco. Sia fra i maschi (Coe: 23,1%; Inc: 76,9%; p<0,05) che fra le femmine (Coe: 47,4%; Inc: 52,6%) i/le fumatori/trici incoerente/i prevalgono sui/le coetanei/e coerenti tuttavia, la sola differenza rilevata nella popolazione maschile è risultata statisticamente significativa. A seguire, i maschi fumatori incoerenti sono decisamente più rappresentati delle compagne di studi (Inc=>M vs F: p<0,05), mentre

invece sono le femmine fumatrici che hanno un comportamento coerente a prevalere nettamente sui maschi (Coe=>F vs M: $p<0,05$).

Conclusioni

Così come si sono descritti gli/le studenti/esse delle classi prime BREIMACODA hanno consentito di definire il background culturale, comportamentale e la percezione del rischio nei confronti del fumo di tabacco che li caratterizza e di far emergere

- quanto sia diffusa e precoce la sperimentazione del fumo di tabacco avvenuta prevalentemente prima di iniziare gli studi alla Scuola Secondaria di 2° grado;
 - la giovane età, la rapidità e l'importante coorte degli/le sperimentatori che hanno dato inizio alla carriera tabagica;
 - la prevalenza, l'età dei fumatori/trici, i consumi tabagici e la diffusione del fumo abituale;
 - l'elevata percentuale degli/delle adolescenti che non riconoscono nel fumo di tabacco un rischio per la salute e la tolleranza nei confronti dei consumi tabagici;
 - la palese contraddizione manifestata dai/le fumatori/trici fra i consumi tabagici dichiarati ed i consumi ritenuti a rischio psico medico sociale tabacco correlato;
- eventualità che coinvolgono il genere femminile più di quello maschile.

Le criticità emerse orienteranno i tempi ed i contenuti dell'intervento di promozione della salute che la Scuola intende proporre agli/le studenti/esse all'inizio del percorso didattico alla Scuola Secondaria di 2° e costituiscono il patrimonio di conoscenze al quale fare riferimento per valutare l'efficacia degli interventi di promozione della salute [27-29].

Per Corrispondenza

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

Bibliografia

1. Tobacco control, far from the finish line *The Lancet*, Volume. 398, Issue 10315, P1939, November 27, 2021 DOI: [https://doi.org/10.1016/50140-6736\(21\)02-650-7](https://doi.org/10.1016/50140-6736(21)02-650-7)
2. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, fourth edition ISBN978-92-4-003932- (electronic version)
3. Sarah E. Jackson, Emma Barba, Colin Angus, Matt field Jamie brown Moderators of changes in smoking, drinking and quitting behavior associated with the first COVID-19 lockdown in England. <https://doi.org/10.1111/add.15656>
4. New Tobacco Atlas: the Scale of the Tobacco Epidemic and the Progress Made <https://www.vitalstrategies.org/new-tobacco-atlas-the-scale-of-the-tobacco-epidemic-of-the-progress-made/>
5. GBD 2020 Alcohol collaborators. Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global burden of Disease Study 2020. *The Lancet*, Volume 400, Issues 10347, P185-235, July 16, 2022.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00847-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00847-9)
6. GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, Volume 400, Issues 10352, P563-591, August 20, 2022.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01438-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01438-6)
7. Fragiaco M, Modonutti G.B. 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. ISBN:978-88-8874-569-5.
8. http://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa//2007/prot1958_07.shtml Ultima visita 15 giugno 2022
9. Modonutti GB, Costantinides F. La sperimentazione tabagica di un gruppo di adolescenti scolarizzati del Friuli-Venezia Giulia (2017/2018) in funzione del comportamento tabagico dei conviventi. *Tabaccologia* 2019; 4:45.
10. Modonutti GB, Costantinides F. Le abitudini tabagiche e la percezione del rischio tabacco correlato espresse da un gruppo di studenti scolarizzati del Friuli-Venezia Giulia(2017/2018) in funzione del comportamento tabagico dei famigliari conviventi. *Tabaccologia* 2019; 4:46.
11. Modonutti G.B. Conoscere per prevenire: realtà, criticità, priorità emerse sul fumo di tabacco in ambiente scolastico. In: *Prevenzione, giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute* A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (Ud), 2019:295-331. ISBN:978-88-8874-569-5.
12. Modonutti G.B. Conoscere per prevenire: realtà, criticità, priorità emerse sulle bevande alcoliche in ambiente scolastico. In: *Prevenzione, giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute*. A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (Ud), 2019:333-372. ISBN:978-88-8874-569-5.

13. Modonutti G-B. Costantinides F. L'e-cig nelle opinioni degli/le adolescenti all'inizio del percorso didattico nella scuola secondaria di secondo grado in provincia di Gorizia *Tabaccologia* 4-2021: 42-43
14. Modonutti G.B. L'esperienza con l'e-cig degli/le adolescenti all'inizio del percorso di didattico nella scuola secondaria di secondo grado in provincia di Gorizia *Tabaccologia* 4-2021: 43-44
15. Modonutti G.B. , Costantinides F. Condizioni staturale ponderali, regime dietetico controllato e pratica dell'attività fisica degli/le studenti/esse del primo anno della scuola secondaria di 2° grado di una microarea goriziana nel periodo precedente la pandemia covid-19. *Atti del 54° Congresso Nazionale SItI* 2021:768.
16. Modonutti G.B. La conoscenza della condizione vaccinale personale e le opinioni sulla vaccinazione degli studenti del primo anno della scuola secondaria di 2° grado di una microarea goriziana nel periodo precedente la pandemia covid-19. *Atti del 54° Congresso Nazionale SItI* 2021:934.
17. Modonutti G.B., Costantinides F. 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. *Alcologia*, N. 46, 2021:100-129.
18. Modonutti G.B., Costantinides F. Conoscenze sulla natura, le proprietà e gli effetti ed i rischi del fumo di tabacco espresse dagli/le adolescenti in Friuli-Venezia Giulia (as 2018/19). *Alcologia*, N. 48, 2022:129-162.
19. Repubblica Italiana: Legge 675 del 31 dicembre 1996. Testo consolidato dal Decreto-legge 26 dicembre 2001, n. 46 ed eventuali modifiche successive.
20. Signorelli C. I questionari in epidemiologia. Società Editrice Universo, Roma, 1998.
21. Salin M. Applicazioni statistiche con SPSS versione 4.01, Mc Graw-Hill Libri Italia srl, Milano, 1992.
22. Pedone R. Elementi di analisi dei dati con Excel e SPSS Per la ricerca psicologica ed educativa. Carocci Ed., Napoli, 2010.
23. Giuliani D, Dickson M.M. Analisi statistica con Excel, Apogeo Education - Maggioli Editore, Milano, 2015.
24. Faggiano F, Donato F, Barbone F. Applicazioni di Epidemiologia per la sanità Pubblica, Centro Scientifico Editore, Torino, 2006.
25. Borra S, Di Ciaccio A. Statistica, metodologia per le scienze economiche e sociali. III ed McGraw Hill Education (Italy) S.r.l. Milano, 2014.
26. Biggeri A., P-value "Il re è morto, viva il re!" *Epidemiol Prev* 2019; 43 (2-3): 120-121.
Doi:10.19191/EP19.2-3. P120.045
27. Croce M., Oliva A. Quale prevenzione in una società additiva? In: *Prevenzione, giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute. Seconda Edizione* A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (Ud), 2019:55-75. ISBN:978-88-8874-569-5.
28. Coppo A. La prevenzione dell'uso di sostanze basata sulle prove di efficacia. In: *Prevenzione, giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute. Seconda Edizione* A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (Ud), 2019:77-91. ISBN:978-88-8874-569-5.

29. Mangiaracina G. Sostanze voluttuarie e comportamenti a rischio, fra promozione e prevenzione: come parlare ai giovani. In: Prevenzione, giovani e... come investire nella formazione scolastica per la salute. Seconda Edizione A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (Ud), 2019:93-121. ISBN:978-88-8874-569-5.

Valentino Patussi, Direttore SOD Alcologia Ospedale AOU Careggi Firenze. Centro Alcologico Regionale Toscana

Andrea Quartini, SOD Alcologia Ospedale AOU Careggi Firenze

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

Gianni Testino, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia, ASL3 c/o Ospedale Policlinico San Martino, Genova. Centro Alcologico Regionale Ligure. Centro Studi "Auto Mutuo Aiuto, Programmi di Comunità e Formazione Caregiver", ASL 3 Liguria, Genova

Valentino Patussi, Ex Direttore Azienda Sanitaria Universitaria Integrata-TS

DOCUMENTO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA:

ANALISI DELLE PRINCIPALI TEMATICHE AFFRONTATE NELLA SECONDA CONFERENZA NAZIONALE ALCOL

Abstract

L'articolo ha lo scopo di analizzare le principali tematiche affrontate nel corso della seconda Conferenza Nazionale Alcol 2022, dal titolo "*Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcologia italiana*", tenutosi dal 15 al 17 marzo 2022 dal Ministero della Salute in collaborazione con le Regioni. Inevitabilmente i temi affrontati sono stati confrontati anche con i nuovi scenari epidemiologici ridisegnati dalla pandemia e dall'emergenza COVID-19 essendo riferita alla presentazione dei dati ufficiali del monitoraggio alcol-correlato relativo al 2020.

L'evento, che è stato organizzato sia in streaming che sui canali ufficiali del Ministero della Salute, ha visto la partecipazione dei rappresentanti delle associazioni di auto mutuo aiuto, delle Regioni, dell'ANCI, degli operatori del settore, delle società scientifiche, dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e di altre istituzioni.

L'articolo sintetizza il punto di vista della Società Italiana di Alcologia affrontate dalla Conferenza, analizzando le principali tematiche prendendo spunto dai dati e dalle conclusioni diffuse dal rapporto ISTISAN sull'epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni a cura dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute, pubblicato in occasione di questa Conferenza Nazionale Alcol

(<https://www.iss.it/documents/20126/6682486/22-1+web.pdf/cf1f2067-5130-6461-88d8-f10060619b39?t=1647416994198>).

Introduzione

Il consumo di alcol è considerato il quinto fattore di rischio per il carico di malattia globale e nel 2016 il 5,5% di tutti i decessi nei 30 Paesi dell'Unione Europea (UE) sono stati causati dall'alcol, per un totale di 291.100 persone che sono morte in gran parte per patologie oncologiche (29% dei decessi alcol-

attribuibili), cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%), incidenti stradali, atti di autolesionismo e violenza interpersonale (28%) [1-3]; la percentuale più alta di decessi alcol-attribuibili è riscontrata nei giovani adulti [2].

Delle circa 800 persone che ogni giorno in Europa muoiono per cause alcol-attribuibili, una percentuale relativamente alta di danni causati dal consumo di alcol si verifica in età giovanile, dove una morte su quattro dei ragazzi di età compresa tra 20 e 24 anni è causata dall'alcol [2].

Almeno 40 delle malattie e condizioni riportate nella Classificazione Internazionale delle Malattie, decima revisione (*International Classification of Diseases 10th revision, ICD-10*) [4] sono totalmente alcol-attribuibili e oltre 200 sono invece parzialmente alcol-attribuibili. Il carico di malattie deriva principalmente da due categorie: le malattie croniche non trasmissibili (tra cui numerosi tipi di neoplasie, le malattie cardiovascolari, la cirrosi epatica e le disfunzioni metaboliche) e la violenza auto ed etero diretta (tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali) [5-9]. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il consumo dannoso di alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione in tutto il mondo e ha un impatto diretto su molti obiettivi sanitari di sviluppo sostenibile "*Sustainable development goals – SDG*" da raggiungere entro il 2030 [10-13].

Il consumo di alcol *pro-capite* in litri di alcol puro all'anno è uno dei due indicatori per l'obiettivo di salute SDG 3.5 – "Rafforzare la prevenzione e il trattamento da abuso di sostanze, compreso di stupefacenti e il consumo dannoso di alcol" [13].

Il consumo di alcol causa circa tre milioni di morti ogni anno nel mondo, nonché disabilità e cattive condizioni di salute di milioni di persone. Complessivamente, il consumo dannoso di alcol è responsabile del 5,1% del carico globale di malattie e la Regione europea dell'OMS ha la più alta percentuale di consumatori e il più alto consumo di alcol nel mondo.

L'alcol è una sostanza cancerogena in grado di provocare *addiction*: qualsiasi livello di consumo di alcol è associato a numerosi danni prevenibili dovuti a molteplici condizioni di salute come malattie cardiovascolari, diversi tipi di cancro, disturbi da uso di alcol (*Alcohol Use Disorders, AUDs*), danni d'organo ad esempio le malattie del fegato, eventi traumatici acuti come gli incidenti stradali, domestici e sul lavoro anche con danni a persone diverse dai bevitori, a disturbi del comportamento ed ad eventi psicotici [10-13].

Nonostante siano riportate in letteratura associazioni protettive tra consumo occasionale di alcol e cardiopatia coronarica, ictus ischemico e diabete, secondo l'OMS, al netto di tutti i presunti vantaggi, gli effetti nocivi del consumo di alcol per la salute sono comunque preponderanti [14-16]. È infine dimostrato che il consumo di alcol ha ricadute pesanti sulle famiglie di chi beve secondo modalità rischiose / dannose e sulla comunità in generale, a causa del deterioramento delle relazioni personali e lavorative, degli atti criminali (come vandalismo e violenza), della perdita di produttività e dei costi a carico dell'assistenza sanitaria [16].

Nella Regione europea dell'OMS si stima che il 62,3% della popolazione adulta ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'ultimo anno e che il consumo di alcol è causa di quasi un milione

di morti ogni anno, pari a circa 2500 morti al giorno (di cui una su quattro è un giovane artefice o vittima di un incidente stradale causato dall'alcol alla guida, prima causa di morte prematura in Italia e in Europa, di malattia di lunga durata o di disabilità tra i giovani maschi di età compresa tra i 14 e i 28 anni di età) [10]. Sono state individuate due ampie categorie di malattie alcol-attribuibili: le malattie croniche non trasmissibili (i disturbi neurologici, il cancro, le malattie cardiovascolari e la cirrosi epatica) e le lesioni non intenzionali e intenzionali [10, 12]. Si stima inoltre che, nello stesso anno, 7,6 milioni di anni siano stati persi prematuramente a causa del consumo di alcol [11].

1.1. I dati di monitoraggio in Italia

Le evidenze epidemiologiche di studi a livello nazionale e internazionale continuano a confermare la correlazione tra l'elevato consumo di alcol nella popolazione e l'aumento del rischio di morbilità e mortalità per alcune cause. Il rischio di danni per la salute cresce generalmente con la quantità di alcol consumata [10-13, 18,19]. La frequenza e l'intensità delle intossicazioni acute accresce in particolare il rischio di incidenti stradali e di patologie cardiovascolari quali l'infarto e le malattie coronariche.

I dati sul consumo di bevande alcoliche e sulle patologie alcol-attribuibili sono monitorati e pubblicati ogni anno sulla 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" e in un Rapporto ISTISAN sul monitoraggio alcol-correlato in Italia a cura dell'Istituto Superiore di Sanità [17-19]. A tal riguardo, dall'*Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana* condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) si ottengono i dati sul consumo di alcol nella popolazione italiana che vengono elaborati dall'*Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità*. Tale attività di monitoraggio rientra nell'ambito del *programma SIAS-SISTIMAL International* ed è stabilita dal DPCM del 3 marzo 2017 e dal Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma Statistico Nazionale 2020-2022 ad integrazione delle elaborazioni annuali fornite nelle tavole di dati "Il consumo di alcol in Italia" dell'ISTAT [20-22]. Tale attività rappresenta un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, effettuato in collaborazione con il Ministero della Salute e finalizzato a fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione e alla salvaguardia della salute dei cittadini, oltre che alla stesura della relazione al parlamento prevista ai sensi della Legge n. 125 del 30 marzo 2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati" [17].

Molti Paesi europei, al fine di promuovere la salute pubblica nella popolazione attraverso strategie sanitarie e alimentari, hanno sviluppato, nel corso degli anni, linee guida per un consumo a basso rischio standardizzate e condivise a livello europeo, che sono state pubblicate nel rapporto *Good practice principles for low risk drinking guidelines* [23-25].

In Italia, le linee guida nazionali per il consumo a basso rischio e quindi i limiti oltre i quali si configura un consumo rischioso e dannoso di alcol sono state inserite nel Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione, curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA). Aggiornate di recente [26,27], esse ribadiscono che non esistono livelli sicuri per la salute di

consumo di alcolici e che non bere è la scelta migliore anche per la prevenzione del cancro, escludendo qualità “benefiche” del vino o della birra per via dei suoi componenti bioattivi (flavonoidi, resveratrolo, xantumolo) presenti in quantità inefficaci a determinare un qualunque effetto se non a fronte di un’ingestione letale di litri di bevanda alcolica.

Al fine di promuovere strategie sanitarie e alimentari basate su stili di vita salutari è necessario monitorare le diverse modalità di consumo: oltre al consumo abituale eccedentario, i consumi occasionali possono anche causare danni immediati alla salute come il consumo fuori pasto e il *binge drinking* (assunzione, in un’unica occasione di consumo, di elevate quantità di alcol, 60 o più grammi di alcol, equivalenti a 6 Unità Alcoliche, UA; una UA equivale a 12 grammi di alcol puro) [18,19].

Le linee guida stabiliscono che, al di sotto dei 18 anni, qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e gli anziani (ultra sessantacinquenni) il consumo giornaliero non deve superare 1 UA mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le 2 UA al giorno, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. Inoltre, è importante precisare che per i ragazzi minorenni, qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, è da considerarsi a rischio poiché il sistema enzimatico in questa fascia di età non è ancora in grado di metabolizzare l’alcol: è per questo motivo che in questa fascia di popolazione è vietata la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica [18,19,27,28].

Le attività di monitoraggio nazionali dimostrano che negli ultimi anni continuano ad aumentare i consumi fuori pasto, soprattutto nelle giovanissime, così come il binge drinking continua ad essere una modalità di consumo diffusa nei giovani. Aumentano i consumatori rischiosi (i target di popolazione più vulnerabili sono oggi in Italia i minori, soprattutto donne, e gli anziani) [18] e, ancora più allarmante, aumenta la quota dei consumatori dannosi, quelli cioè con danno d’organo già presente in gran parte non intercettati precocemente dai servizi alcolologici per le cure del caso (allo stato attuale sono intercettati meno del 10% dei consumatori dannosi, in calo rispetto agli anni precedenti). Risulta altresì importante sottolineare la disomogeneità nazionale in termini di interventi e servizi erogati e la mancanza di linee guida comuni, di personale dedicato nei servizi e infine di protocolli per i casi acuti che giungono al pronto soccorso o nei reparti di degenza. A quest’ultimo riguardo, nel 2020 sono stati 120.000 i minori intossicati di cui solo 3.300 hanno fatto ricorso ad un Pronto Soccorso, rappresentando comunque il 10 % circa dei 29.362 accessi per intossicazione alcolica.

La pandemia COVID-19 ha ulteriormente peggiorato l’insufficienza funzionale e operativa dei servizi. **In calo per mancata intercettazione e inaccessibilità delle strutture di ricovero e cura anche le dimissioni ospedaliere per cause dovute all’alcol che sono state 43.445 con perdita di continuità assistenziale e capacità di screening precoce della rilevazione di epatopatie causate dall’alcol e dello spettro dei Disturbi da Uso da Alcol [18,19].**

Rispetto ai consumi e ai modelli di consumo nelle Regioni d'Italia, quelle con la maggior criticità, sia in termini di tipologia di bevande alcoliche consumate che di comportamenti dannosi per la salute sono, anche per il 2020, quelle nord orientali.

Per quanto riguardano i dati di mortalità in Italia, nell'anno 2018, in Italia il numero di decessi per patologie totalmente alcol-attribuibili (in soggetti > a 15 anni) è stato pari a 1.257, (1024 uomini, 81,5% e 233 donne, 18,5%). Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi totalmente alcol-attribuibili sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche (M=749; F=174) e i disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol (M=213; F=45) che, nel complesso, causano circa il 94% dei decessi alcol-attribuibili sia gli uomini e tra le donne [18,19].

Nel 2018, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente alcol-attribuibili è stato di 3,98 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,80 per le donne; con un lieve incremento rispetto all'anno precedente per gli uomini e un lieve decremento per le donne.

L'analisi della mortalità alcol-attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità territoriale piuttosto elevata, sia per gli uomini che per le donne. Per ulteriori dettagli si rimanda agli articoli dedicati al monitoraggio epidemiologico pubblicati in questo numero e/o alla bibliografia di riferimento [17-19].

Relativamente all'alcoldipendenza, nel 2020 sono 64.527 gli alcoldipendenti in carico ai servizi in Italia, ancora una volta in decrescita nonostante l'incrementata platea di consumatori dannosi affetti da Disturbo da Uso di Alcol [19]. Peggiora quindi la capacità d'intercettazione da parte dei servizi del SSN e del sistema di diagnosi e cura: solo il 7,8% degli 830.000 consumatori dannosi in necessità di trattamento è preso in carico ai servizi territoriali per le dipendenze, inaccessibili nel lockdown durante la pandemia COVID-19, in sofferenza di risorse e personale, con grave stigma degli utenti già in carico e di coloro che non hanno potuto fare ricorso alle prestazioni del SSN. Nonostante l'incremento del numero delle strutture, nel 2020 è proseguito e si è consolidato il calo degli utenti che si rivolgono ai servizi (o di cui è richiesta la presa in carico da parte dei servizi stessi). Quest'ultimo fenomeno è verosimilmente, almeno in parte, da attribuirsi alla chiusura dei servizi in lockdown e alle restrizioni di accesso imposte dalla pandemia COVID-19.

È dato diffuso che la maggior parte dei pazienti giunge all'attenzione dei servizi in fase avanzata di malattia a testimonianza della carenza di una rete per identificare e trattare precocemente la malattia da cui, **nell'era post-COVID, l'urgenza di avviare programmi sistematici per l'identificazione precoce e l'intervento breve nella popolazione generale e attuare la formazione specifica dei professionisti sanitari: i medici di medicina generale, i pediatri, i medici competenti nei luoghi di lavoro.**

Indispensabile anche assicurare protocolli d'invio alla rete curante e sociosanitaria da riorganizzare e dotare di linee d'indirizzo per la prevenzione, cura e riabilitazione aggiornate e uniformi sul territorio nazionale affinché sia garantito il principio di equità a supporto delle persone e delle famiglie che combattono con la dipendenza da alcol.

Infine, i dati sugli accessi al pronto soccorso e le dimissioni ospedaliere in soggetti con disturbi da uso di alcol. Nel 2020 sono 29.362 gli accessi al pronto soccorso e 43.445 le dimissioni ospedaliere per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol con forte riduzione della fruizione delle strutture e prestazioni sanitarie influenzata dalla carenza di posti letto negli ospedali e dalla restrizione agli accessi in PS per l'emergenza COVID. I pazienti hanno sofferto ovunque della sospensione prolungata delle attività ordinarie e di screening delle patologie croniche e alcol-correlate. L'8% di tutti gli accessi maschili al Pronto Soccorso e il 18% di quelli femminili ha riguardato 3.103 minori per intossicazione alcolica o per effetti dannosi dell'alcol, complessivamente l'11% del totale. Permane il riscontro dell'assenza di modalità formalizzate e uniformi di *case management* dei minori intossicati, dimessi dopo la disintossicazione e la fase acuta senza alcun invio per valutazioni di merito. Analogamente, nel 2020 c'è stata una forte contrazione dei ricoveri e quindi delle dimissioni ospedaliere durante la pandemia (-20%) sia per le epatopatie croniche che per le sindromi da dipendenza e da disturbi da uso di alcol. **Nell'era post-COVID risulta urgente avviare programmi sistematici per l'identificazione precoce e l'intervento breve dei soggetti affetti da disturbi da uso di alcol prima della dimissione dal pronto soccorso, assicurando la formazione dei professionisti sanitari nel setting dell'emergenza e del pronto soccorso. Risulta inoltre indispensabile promuovere una rete territoriale e assicurare protocolli d'invio secondo linee guida, adattabili al contesto territoriale, ma uniformi sul territorio nazionale.**

1.2 Alcol e lavoro

L'assunzione di bevande alcoliche rappresenta sempre un importante fattore di rischio aggiuntivo rispetto al "normale" rischio presente in tutte le attività lavorative. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima i costi sociali e sanitari del consumo di alcolici nel 2-5% del Prodotto Nazionale Lordo di uno stato. Di questa quota una parte rilevante è dovuta a licenziamenti o declassazioni in mansioni lavorative meno qualificate o con minore responsabilità. È necessario quindi sperimentare interventi di sensibilizzazione ed informazione rispetto ai rischi alcol correlati rivolta a tutti i lavoratori e di individuare modelli di intervento rivolti a quei lavoratori che presentano un problema alcol correlato in modo da attivare percorsi alternativi a quello del licenziamento, oltre che di cura ed aiuto.

L'assunzione di bevande alcoliche rappresenta un importante rischio aggiuntivo in tutte le attività lavorative: gli effetti della stessa possono comportare un danno alla salute dei lavoratori e di terze persone determinando, ad esempio:

- un aumento del rischio infortunistico
- maggiore suscettibilità a malattie anche come interferenza tra alcol e sostanze presenti in ambiente di lavoro.

Tuttavia, gli effetti dell'assunzione di bevande alcoliche influiscono anche sul contesto aziendale, interferendo anche con il sistema di gestione della sicurezza sul lavoro:

- effetti sui rapporti sociali interni
- assenze dal lavoro
- riduzione della performance lavorativa.

Inoltre, tali effetti possono determinare un danno economico per l'azienda, conseguenti a:

- incidenti
- errori e danni alla produzione
- problemi nei rapporti con clienti/utenti

Infine, tali effetti comportano gravi danni indiretti per il lavoratore e la sua famiglia, legati alla perdita del posto di lavoro o a frequenti cambi di occupazione, con possibili costi sociali.

I settori nei quali è maggiore il rischio infortunistico legato all'assunzione di alcolici sono rappresentati da quelli delle costruzioni e dei trasporti.

Relativamente agli infortuni mortali le forme di accadimento più frequenti nel settore delle costruzioni sono rappresentate dalla caduta dall'alto e dagli incidenti stradali/alla guida di mezzi. Gli studi disponibili evidenziano, tra gli infortuni mortali dovuti a cadute dall'alto nel settore delle costruzioni, una prevalenza del 9 - 9,5 % di infortunati che presentavano una alcolemia elevata [31-34].

I dati disponibili relativi all'associazione tra infortuni che hanno comportato lesioni midollari e assunzione di alcolici prima dell'evento identificano la guida (66% degli eventi con evidenza di assunzione di alcolici) e le cadute dall'alto (33%) come cause principali [35].

I principali riferimenti normativi in merito alla problematica "alcol e lavoro" sono rappresentati dalla Legge 30 marzo 2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati" (con il relativo provvedimento attuativo: Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006), dal c.d. "Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul lavoro", cioè il decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81, e dal Codice della strada: decreto legislativo 30 aprile 1992 n. 285 (e successive modifiche ed integrazioni).

Con la L.125/01, all'art. 15, sono stati affrontati gli specifici aspetti legati al rischio lavorativo derivante dall'assunzione di alcolici durante l'attività lavorativa.

La norma, mirata prevalentemente alla prevenzione di infortuni di lavoratori e di terze persone, prevede espressamente il divieto di assunzione di alcolici e la possibilità di effettuare l'esame alcolimetrico ai lavoratori adibiti alle specifiche lavorazioni a rischio individuate con l'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006.

Il tutto nella logica dello schema sottostante:

- Obiettivo: salute
- Evento negativo: infortunio sul lavoro o infortuni/danni a terze persone

Fattore determinante l'evento: diminuzione delle capacità del soggetto derivante dall'assunzione di alcolici

- Azione preventiva: impedire un comportamento a rischio
- Strumento di controllo: verifica dell'eventuale avvenuta assunzione

Il D.lgs. 81/2008, c.d. "Testo unico sulla Salute e Sicurezza sul lavoro" prevede che il medico competente, nell'ambito della sorveglianza sanitaria da lui svolta, verifichi l'".assenza di condizioni di alcol dipendenza" (art. 41), condizione che può portare anche all'espressione di un giudizio di inidoneità alla mansione, pur essendo previsto (art. 42) che in tal caso il datore di lavoro, ove possibile, debba adibire il lavoratore ad altra mansione compatibile con il suo stato di salute.

Ma la norma non prevede soltanto questo e, tra le misure di tutela della salute dei lavoratori, include di fatto anche la valutazione dello specifico rischio aggiuntivo legato all'assunzione di alcolici, gli interventi di messa in sicurezza di strutture, macchine ed impianti, la programmazione della prevenzione e l'informazione e formazione dei lavoratori, dei dirigenti, dei preposti e degli stessi rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Ricordiamo infine come il "Codice della strada" (D.lgs. 30 aprile 1992, n. 285) preveda il reato di guida sotto l'influenza dell'uso di bevande alcoliche e la sospensione in tal caso della patente di guida, oppure, qualora il conducente abbia provocato un incidente sotto l'effetto dell'assunzione di alcolici o sia conducente di autobus o di veicolo destinato al trasporto merci, la revoca della stessa.

Viene prevista la possibilità di effettuare l'accertamento del tasso alcolemico (obbligatorio nel caso in cui il conducente sia coinvolto in un incidente stradale); il rifiuto di sottoporsi allo stesso costituisce inoltre reato.

Lo stesso Codice della Strada prevede che la revoca della patente di guida a seguito del rilievo dell'avvenuta assunzione di alcolici possa costituire giusta causa di licenziamento.

La repressione di comportamenti scorretti rappresenta comunque soltanto un aspetto marginale della prevenzione devono prima essere messe in atto tutte le azioni che mirano a creare una cultura della sicurezza, basata sulla conoscenza del rischio, sull'informazione, sulla formazione e sull'assistenza. Il controllo costituisce un elemento di dissuasione, deve essere ben conosciuto dai lavoratori e, allo stesso tempo, vi deve essere certezza nella sua effettuazione. La presa in carico e la cura delle persone con problemi alcol-correlati sono essenziali, ma non devono mai costituire una scusa per delegare, ed evitare il corretto percorso di prevenzione nell'ambito del sistema di gestione della sicurezza aziendale.

È essenziale a tal fine che si crei una stretta collaborazione tra le Aziende sanitarie e le figure istituzionali presenti nel mondo del lavoro (datori di lavoro, referenti dei servizi di prevenzione e protezione, dirigenti e preposti, lavoratori e loro rappresentanze, organizzazioni di categoria, organismi paritetici, ecc.), che costituisca una rete sanitaria territoriale mirata a favorire corretti percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione (medico competente, medico di medicina generale, servizio di alcologia, servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, volontariato) attivabili sulla base di procedure definite, che non lascino mai i soggetti coinvolti senza referenti istituzionali e sociali.

1.3 Situazioni “alcohol free”

Esistono condizioni, evidenze inconfutabili, sulle quali la stessa cultura del bere si è dovuta arrendere, che pongono gli individui in situazioni di vulnerabilità tale da sconsigliare in assoluto il consumo di alcol:

- Se si ha meno di 18 anni di età
- Se è stata programmata una gravidanza
- Se si è in gravidanza o si sta allattando
- Se si assumono farmaci
- Se si fuma tabacco o prodotti simili
- Se si assumono sostanze psicotrope legali o illegali
- Se si soffre di una patologia acuta o cronica
- Se si hanno problemi alcolcorrelati
- Se si hanno o si sono avuti altri tipi di addiction
- Se si è a digiuno o lontano dai pasti
- se si è o ci si predispone alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione
- se siamo o ci disponiamo a svolgere attività lavorativa

L’etica e la tutela del cittadino consumatore dovrebbero suggerire al riguardo delle situazioni “alcohol free” un’informazione più incisiva e campagne di prevenzione e sensibilizzazione estese a tutta la popolazione generale.

2. I programmi alcolologici nella realtà attuale – Esame della realtà di cura

L’organizzazione della risposta alle problematiche alcol-correlate a livello nazionale, regionale e locale, presenta ancora una frammentazione che riflette pratiche che si sono consolidate sulla base di iniziative sviluppate a partire da disponibilità volontaristiche da parte di singoli professionisti sia dell’ambito ospedaliero, con prevalenza delle gastroenterologie, sia, prevalentemente, dei servizi per le tossicodipendenze, sia infine con forme organizzative che per la singolarità vanno assimilate alla sperimentazione e che si sono collocate nel sistema delle cure primarie con particolare riferimento alla salute mentale, senza tuttavia collocarsi nei dipartimenti di psichiatria che, in ottemperanza a quanto stabilito dalla legge di riforma psichiatrica, legge 180 del 1978, non si occupano primariamente di alcologia.

Negli ultimi anni la tendenza è stata quella di collocare prevalentemente l’alcologia all’interno delle articolazioni SerD dei dipartimenti per le dipendenze, con diverse forme organizzative che vanno dal gruppo di lavoro informale, funzionale e part time, alle unità operative semplici, con diverso grado di autonomia rispetto all’organizzazione del dipartimento. Vi sono inoltre esperienze, che rimangono isolate, di unità operative di alcologia al di fuori dei dipartimenti per dipendenze. Sostanzialmente la frammentazione si è ridotta o sarebbe meglio dire diluita per un aumento di interesse formale nei confronti dell’alcologia che è presente in quasi tutti i dipartimenti per le dipendenze che tuttavia rimangono strutturalmente ed organizzativamente definiti dall’ambito di interesse nei confronti delle droghe illegali, come del resto definito dalla normativa sulla cui base sono stati istituiti. Si deve rilevare che al di là della lodevole capacità dei singoli prevale un modello fortemente condizionato dal modo di funzionare dei SerD nei quali si delineano alcune contraddizioni che rischiano di condizionare o comunque limitare l’attività

alcolologica:

1. Il concetto di dipendenza, peraltro non ancora rigorosamente definito e accettato da tutti gli autori/operatori, è nei fatti fuorviante e mistificatorio, in quanto, anche in relazione allo stesso vincolo legislativo, politicamente ideologizzato, la stigmatizzazione sociale e culturale porta a considerare l'uso stesso delle sostanze illegali come un DUS (senza mediazioni, come dimostra l'evidente scarsa distinzione per le diverse tipologie di sostanze psicoattive).

Viceversa nel campo delle sostanze legali, nella fattispecie in campo alcolologico, è palese che si rischia di non far emergere la consapevolezza sociale che una solida quantità di problemi è associata al consumo di quantità di alcol culturalmente accettate (tuttavia sappiamo che nessuna dose è biologicamente sicura); ne prova il fatto che lo stesso legislatore non può applicare analogo criterio delle sostanze illegali a quelle legali, rispetto alle quali si enfatizza solo lo stato di dipendenza derivante da consolidate abitudini di consumo di grandi quantità di alcolici con perdita del controllo dell'impulso e potenzialità di pericolosità sociale.

Questa mistificazione appare evidente in tutta la sua potenza quando si continua a ragionare in termini di riduzione del danno piuttosto che di riduzione del rischio. Negli ambiti alcol-tabaccologici la riduzione del danno è praticata da secoli e ne osserviamo la scarsa efficacia clinica e sociale. A maggior ragione se pensiamo che alcol e tabacco restano ad oggi le vere droghe di passaggio. Non a caso l'evoluzione del fenomeno addiction si è trasformato generando complessità e multiproblematicità ulteriori (poliaddiction, comorbidità, sia negli individui che nei gruppi familiari e nelle comunità).

2. Le modalità certificative dei dipartimenti per le dipendenze risentono del punto precedente, attivando ancora modelli poco evoluti e capaci di affrontare le nuove (e vecchie) complessità; il rischio resta di una grossolana semplificazione criteriologica che sconfinata nell'assenza di criteri e che è poco compatibile con la complessità dei fenomeni posti in essere in campo alcolologico.

3. Il preponderante schiacciamento dei Dipartimenti per le Dipendenze all'interno di una visione politica e culturale che ruota intorno alla illegalità e di conseguenza a logiche di tipo proibizionista diventa spesso tale, e perciò incompatibile con le attività alcolologiche che implicano consumi sono liberi e "regolamentati".

L'alcolologia ha il primato, e non è un merito, di aver verificato sul campo il fallimento delle politiche proibizioniste; in tal senso, pur con una necessaria correzione capace di regolamentare l'eccesso di liberalità nei sistemi di commercio delle bevande alcoliche, con coerenza le offerte di counseling, cura, riabilitazione, e di promozione della salute in campo alcolologico appartengono alla stessa matrice culturale e scientifica che si è costituita a partire proprio da quel fallimento.

La collocazione dei servizi di alcolologia nell'ambito dei dipartimenti per le dipendenze ha fornito un contributo per il superamento della frammentazione, pur con i limiti messi in evidenza nei punti precedenti e che devono essere affrontati anche sul piano organizzativo, con l'obiettivo di garantire la presenza di

una funzione contenutistica/sostanziale dell'alcolologia e non di una mera funzione nominalistico/formale. Una criticità importante è rappresentata dalla riforma del titolo quinto della costituzione che introducendo, di fatto, un'autonomia differenziata nell'organizzazione su base regionale della sanità, ha implementato il rischio di variazioni e disuguaglianze sostanziali nell'accesso alle cure sul territorio nazionale. In questo caso il rischio maggiore non è determinato dalla mancanza di un chiaro indirizzo istituzionale che nei fatti obbliga la concertazione tra i diversi livelli dello stato in materie che sono concorrenti e non esclusive, ma per il ripetersi di velleitarismi professionali che confondono l'autonomia, che significa piena assunzione di responsabilità all'interno di una cornice vincolante, armonizzata e concertata, con l'indipendenza, che genera estemporaneità di iniziative. Il rischio, nel contesto alcolologico (ma non solo) è di vanificare in parte la stessa legge 125 del 2001 che risulta insufficiente rispetto al vincolo di concorrenza tra i diversi livelli di organizzazione imposto dall'ordinamento della Repubblica, nell'ambito delle materie concorrenti.

Ma oltre che una coerenza di assetto istituzionale si pone con forza un problema che comunque è sempre stato presente: la garanzia per tutti i cittadini di poter usufruire dei livelli essenziali di assistenza con risorse e metodologie che siano:

1. omogenee su tutto il territorio nazionale,
2. coerenti con gli indirizzi dell'Unione Europea,
3. compatibili con le linee di indirizzo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ed in particolare con i piani ed i documenti espressi nella regione europea
4. basate sulle evidenze scientifiche esistenti
5. fondate sulle buone pratiche e sui relativi programmi che hanno dimostrato maggiore efficacia, negli ultimi decenni, nella loro applicazione nei contesti territoriali.

Per quanto riguarda gli ultimi due punti, si dovrebbe implementare fortemente la disponibilità e sostenibilità dei programmi che si riferiscono alle comunità locali favorendo esplicitamente e sostanzialmente i percorsi di auto-aiuto (programma dei 12 passi di AA/NA/Alanon, etc) e quelli delle comunità multifamiliari dei Club Alcolologici Territoriali (approccio ecologico sociale).

L'ambizione dovrebbe essere quella di rendere i programmi territoriali, di concerto con il mondo del volontariato e dell'auto-aiuto, nel rispetto delle autonomie di ciascun soggetto, veri e propri LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) con relativa disponibilità delle risorse necessarie ed appropriate (dalla necessaria formazione degli operatori e della cittadinanza, alla facilitazione nella logistica per le riunioni dei gruppi).

La gestione delle situazioni di alta complessità clinica e sociale, sempre maggiormente rappresentate in tutti i servizi, con il loro carico poli-patologico e multiproblematico, rappresenta da sempre, un vero e proprio ostacolo oggettivo e soggettivo a causa della elevata intrinseca difficoltosa identificazione dei ruoli nel management. Eppure, dovrebbe andare da sé, che la corresponsabilità co-progettuale e di co-programmazione degli attori in campo sarebbe la modalità più virtuosa per mettere a disposizione tutte le competenze necessarie in tali casi, nel contesto di una integrazione degli interventi.

Lo stesso PSSRI (Piano Socio-Sanitario Regionale Integrato) della Regione Toscana, rivisto e approvato dal Consiglio Regionale della Toscana pone l'accento su una sorta di cambiamento "epocale" di paradigma, laddove inserisce la necessità di definire non più solo i PDTA (Protocolli Diagnostico Terapeutici Assistenziali), ma i PTDas (Protocolli Diagnostico Terapeutici Assistenziali e Sociali). Sta poi ai servizi fare in modo che questa novità non resti lettera morta, visto che l'integrazione non può essere fatta per decreto o basti aggiungere una "S" ad un acronimo, ma si deve agire con concretezza. Sta alle altre regioni adottare analoghe misure se ritenute necessarie (vista la concorrenza legislativa prevista costituzionalmente (art 117 della Carta costituzionale)).

È, peraltro, del tutto evidente che l'alta complessità clinica e sociale non può che trovare risposte integrate nel territorio, che anche in seguito alle evidenze pandemiche deve trovare nuovo slancio qualificativo e dovrà essere oggetto di finanziamenti specifici per la sua implementazione.

La sfida, dunque, è quella di una concertazione tra servizi che riescano, alla pari, a sentirsi ciascuno AutoRe (Autonomia e Responsabilità, citazione di Ivan Cavicchi) attivo della necessaria integrazione nel contesto dell'alta complessità.

Obiettivo di fondo è che nessun cittadino si senta non preso in carico nella sua complessità e che nessun servizio si senta lasciato come unico responsabile.

È del tutto pacifico ipotizzare che il luogo di concertazione di un modello di intervento di questa importanza territoriale sia la Casa della Salute (per il PNRR: Comunità della Salute) che per definizione legislativa e contenutistica è anche il luogo dell'integrazione partecipata di cittadini e delle reti formali e informali delle comunità locali.

La pandemia ha evidenziato che oggi più che mai c'è bisogno di riqualificare il territorio a partire dalle zone-distretto e dalle loro articolazioni: le Comunità della Salute.

In particolare, le molteplici funzioni che il territorio è chiamato a svolgere devono essere recuperate e implementate in modo significativo. Ne citiamo alcune, mettendo in risalto la specificità di questa premessa/introduzione:

- 1. valutare i bisogni della comunità, alla ricerca dei gruppi di popolazione a maggiore rischio sanitario e sociale, al fine dei necessari interventi di prevenzione;**
- 2. promuovere la salute** e l'alfabetizzazione sanitaria, necessaria per favorire la partecipazione dei cittadini alle scelte che li riguardano;
- 3. intervenire proattivamente** (sanità d'iniziativa) sulle patologie sia infettive acute (vedi Covid-19) che su quelle croniche per diagnosticarle precocemente, per prevenire aggravamenti, scompensi e ospedalizzazioni;
- 4. organizzare i servizi in funzione della comunità e delle persone (e non delle malattie) favorendo il lavoro multidisciplinare, l'integrazione socio-sanitaria e la sistematica presa in carico dei casi**

complessi (compresi i pazienti psichiatrici, pazienti con alcolfarmacotossicodipendenza e affetti da addiction comportamentali, come gioco d'azzardo, gaming, sex-addiction);

5. **garantire la continuità** delle cure governando attivamente le relazioni tra reparti ospedalieri e servizi territoriali;

6. **impedire la segregazione** delle persone non-autosufficienti in strutture tipo RSA, individuando soluzioni alternative rispettose della loro dignità.

Ciascun AutoRe ha chiaro quanto sia difficile e complessa la direzione e la gestione di queste funzioni, cosa questa che, peraltro, spesso contribuisce a rendere ancora più complessa, se possibile l'alta complessità. Per questo si rende importante pensare ad un'organizzazione: meglio strutturata? Concertata? Maggiormente collegiale? Con procedure, protocolli, linee di indirizzo, linee guida condivise?

Certamente tutto ciò è indispensabile. Ma le difficoltà operative che ciascun AutoRe incontra, insieme alle tante contraddizioni, pongono imperativamente la necessità di integrare, arricchendoci, le differenze di compiti e ruoli e sentirsi squadra nella gestione di situazioni multiproblematiche, complesse, caratterizzate da grande sofferenza multidimensionale (biopsicosociale, relazionale e di comunità).

La missione delle Aziende del SSN è di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e dell'insieme dei cittadini presenti nel territorio di competenza che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza assicurando:

- azioni ed interventi che hanno un impatto sulla salute della popolazione e servizi sanitari necessari alla promozione della salute, alla prevenzione della malattia in ambienti di vita e di lavoro, alla cura, alla riabilitazione psico-fisica;
- la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di assistenza, di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, come individuati dal Piano Sanitario Nazionale e definiti dai diversi stadi di programmazione-nazionale, regionale e locale- avvalendosi anche delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e informando la propria attività a criteri di efficacia, efficienza e di economicità;
- la gestione integrata di attività socio-sanitarie da perseguirsi attraverso la creazione di reti di servizi socio-sanitari per la presa in carico di patologie croniche;
- l'integrazione fra la funzione di assistenza e quella di formazione e di ricerca il cui sviluppo è indispensabile per garantire la costante innovazione del sistema.

2.1 Programmi alcolologici e Servizi specifici di Alcologia

In alcune realtà i Servizi di Alcologia sono sorti indipendenti dai Servizi per le tossicodipendenze e dai dipartimenti delle dipendenze e si sono sempre occupati esclusivamente di problemi di alcol o di dipendenza nicotinic.

2.2 Servizi di alcologia realizzati in ambiti ospedalieri e/o universitari

Quando e dove creati, tali servizi sono riusciti a coniugare fortemente la necessità e l'indispensabilità di una continuità assistenziale sia intra che extra ospedaliera (ospedale-territorio).

Potrebbe essere molto interessante ipotizzare la realizzazione di programmi territoriali specifici per le addictions da sostanze e comportamenti legali, integrati o integrabili nei contesti della promozione di stili di vita sani, con l'obiettivo di produrre salute/benessere e non limitarsi alla sola cura.

3. Gruppi di auto mutuo aiuto

Negli ultimi 30 anni il panorama italiano di riferimento ai percorsi di trattamento ai problemi alcolcorrelati, si è ulteriormente arricchito.

Oltre alla presenza dei gruppi degli Alcolisti Anonimi, le nostre comunità si sono accresciute anche della presenza importante dei Club Alcolologici Territoriali, con oltre 3000 gruppi di sostegno attivi sull'intero territorio nazionale.

Lo sviluppo di questa rete è stato senza dubbio un contributo importantissimo per una risposta ai problemi alcolcorrelati presenti nelle nostre comunità e da non trascurare il fatto che sono a bassissimo costo e di forte diffusibilità.

Le due filosofie, che si discostano nella interpretazione del concetto di malattia (non solo), hanno approcci diversi al contesto della produzione di progetti di prevenzione, a cui sono estranei i 12 passi, in quanto considerano i DUA problemi individuali (al massimo della famiglia) e non si esprimono sul bere collettivo; al contrario i CAT esprimono con enfasi e un intenso lavoro di rete l'importanza di intervenire sugli stili di vita collettivi, identificando i DUA come problema di tutti.

Infatti, il lavoro dei Club, che definito come una "Comunità multifamiliare", insieme di famiglie e persone che con la presenza di un servitore/insegnante formato ed aggiornato, hanno favorito un processo di cambiamento della cultura generale di riferimento ai problemi alcolcorrelati del proprio territorio, grazie anche al fatto, che il Club non solo è inserito, ma fa parte della propria comunità.

Tale percorso di sensibilizzazione sia delle famiglie con problemi alcolcorrelati che delle famiglie dell'intera comunità, è stato possibile anche per la continua territorializzazione dei programmi, e cioè con l'apertura di nuovi Club e la realizzazione di interventi di informazione denominati Scuole Alcolologiche Territoriali, interventi che sono utili sia per le famiglie che partecipano al Club ma soprattutto per sensibilizzare la cittadinanza sui problemi alcolcorrelati.

Va anche ricordato che tutte le ricerche sia di carattere nazionale che locale hanno mostrato l'efficacia dell'approccio dei gruppi di aiuto (CAT o 12 passi): più del 60% anche dopo anni mantiene l'astinenza/sobrietà.

Tutto questo ci fa dire che lo sviluppo di questi programmi territoriali va sostenuto, con sempre più significative collaborazioni con i Servizi Pubblici che si occupano dei problemi alcolcorrelati.

Favorendo così tutti assieme la promozione e la protezione della salute sia delle famiglie che già hanno sviluppato problemi alcolcorrelati, che le famiglie dell'intera comunità.

Tutto questo ci pare possa essere coerente con ciò che l'Organizzazione Mondiale della Sanità chiede, da tempo, ai suoi Stati membri, e cioè di intervenire con misure sempre più efficaci e di comunità, in risposta ai numerosi problemi alcolcorrelati presenti nei nostri territori.

4. Servizi di Alcologia e SerD

In tutte le sue articolazioni territoriali (Servizi di Alcologia e SerD) i servizi promuovono strategie multidisciplinari e multiprofessionali di assistenza medico-infermieristica, psicologica, educativa, riabilitativa e sociale, implementando progetti di presa in carico di utenti e famiglie nel contesto delle stesse equipe multiprofessionali.

La presa in carico è finalizzata non solo alla cura dei disturbi di interesse clinico, ma anche al miglioramento della qualità della vita degli utenti e dei loro familiari.

Ai servizi suddetti (Servizi di Alcologia e SerD) si possono rivolgersi, oltre alle persone portatrici dei bisogni specifici e ai loro familiari, anche medici, professionisti sociosanitari, insegnanti, servizi ed enti che necessitano di informazioni, indicazioni o consulenza rispetto al problema delle dipendenze patologiche.

4.1 Indirizzi e strategie nei dipartimenti per le dipendenze

Nell'accordo Stato/Regioni del 21/01/99¹ si trovano tracciate le linee programmatiche per l'organizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti e alle persone con problemi alcolcorrelati: nel provvedimento vengono definiti i ruoli delle diverse istituzioni in gioco, ma soprattutto vengono definiti i principi, gli indirizzi generali e i modelli organizzativi deputati ad "affrontare tutti gli aspetti connessi all'abuso di sostanze". Il modello organizzativo proposto è quello "dipartimentale" in cui "concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'azienda unità sanitaria locale..., nonché altri soggetti e enti pubblici e privati...".

Nel paragrafo seguente non approfondiremo tutti gli aspetti riguardanti l'organizzazione del Dipartimento, ma ci limiteremo ad osservare, in linea generale, alcune di queste scelte organizzative, in particolare cercheremo di capire quali sono le priorità che si esprimono nella prassi del lavoro dei servizi, quanto spazio viene dato in generale al settore delle tossicodipendenze e quanto al settore dell'alcologia.

¹ Accordo Stato/Regioni, *Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti*, G.U. n° 61 del 15/03/1999.

La premessa, a cui teniamo, è sostenuta dalla evidenza che le droghe “legali” (tabacco e alcol) sono ampiamente diffuse nella popolazione e, assieme l’uso di psicofarmaci, rappresentano un fattore di rischio (se assunte) o protettivo (se non assunte) rispetto all’uso delle droghe illegali.

Se i servizi pubblici che si occupano di questo tipo di problemi (SerD, Servizi di Alcologia) seguissero pedissequamente le indicazioni epidemiologiche per impostare le priorità e le strategie di intervento, dedicherebbero, ovviamente a parità di qualità prestazionali:

- un impegno ancor più specifico rispetto al contrasto nei confronti del fumo dei problemi tabacco-correlati
- un impegno medio/alto rispetto alle problematiche alcol-correlate, cocaina-correlate e ai consumatori di cannabis
- un impegno medio/basso rispetto all’uso di eroina.

Una tale politica avrebbe un forte impatto sulla salute della popolazione generale sia a livello di cura che, come sostenuto da più parti, a livello di prevenzione.

4.2 Utenza nei dipartimenti per le dipendenze in Italia

Anche nella ultima relazione al parlamento sul contrasto alla tossicodipendenza si trova conferma che il settore dell’alcologia non sia adeguatamente sviluppato e che l’offerta di servizi data alla popolazione in alcune zone d’Italia sia veramente scarso e non significativo. Solo il 16% degli operatori dedicati anche all’alcologia lo fa a tempo pieno, contro il 33% dedicato a tempo pieno per impegnarsi sulle altre sostanze.

C’è da notare, tra l’altro, che in questa analisi non è stato preso in considerazione il personale delle comunità terapeutiche notoriamente molto più dedicate alle tossicodipendenze piuttosto che all’alcologia.

Una parte dell’accordo Stato/Regioni del 1999 era dedicato all’esigenza di “incrementare l’attività e la diffusione di questi servizi (alcologici), che dovranno essere posti in grado di rispondere ad una domanda di assistenza e di prevenzione sempre attuali e di crescente ampiezza e complessità...”. “Si raccomanda l’inserimento delle attività di assistenza alle persone con problemi di alcolismo nell’ambito del dipartimento delle dipendenze...”. “nell’ambito della concreta operatività dei servizi sarà però opportuno salvaguardare con molta forza la specificità (anche logistica) di alcuni spazi destinati alla dipendenza da alcool, soprattutto per quanto attiene al trattamento e alla riabilitazione.”.

Gli indirizzi legislativi sembrano essere chiari, quando si parla di Dipartimento, si pensa ad un insieme di unità operative specifiche, coordinate fra loro, che si occupano dei vari aspetti dell’uso di sostanze.

Dall’osservazione dei dati epidemiologici si evince che il lavoro da fare sia ancora molto, i cittadini non sembrano avere omogenei servizi rispetto al territorio di residenza e molte volte sono costretti ad andare altrove per avere un servizio adeguato.

Riteniamo, nel contesto del servizio pubblico, implementare due percorsi:

- una maggiore autonomia delle unità di lavoro alcolologiche con un riequilibrio delle ore dedicate;
- dare priorità nei Piani triennali per le dipendenze, ad interventi capillari su alcol e tabacco.

5. Ipotesi organizzative

Dall'analisi della situazione attuale risulta evidente come si renda necessario riorganizzare i servizi pubblici che si occupano delle problematiche alcolcorrelate.

5.1 Criteri per l'organizzazione dei programmi alcolologici

Ogni regione deve prevedere l'attivazione di una rete di servizi di alcologia territoriali che abbiano alcune caratteristiche come:

1. Autonomia rispetto all'attuale gestione dei servizi socio sanitari
2. Allargamento comunitario delle sue azioni
3. Articolazione della competenza dai comportamenti legati al consumo di bevande alcoliche, alle problematiche alcol correlate fino alle complicità che complessificano le situazioni imponendo la realizzazione di programmi di supporto specifici e coerenti. È chiaro che a questo livello vi è una sovrapposizione di competenza con le azioni che riguardano i consumatori di droghe illegali che nella maggioranza dei casi manifestano problemi alcol correlati e che comunque riconoscono nell'alcol un fattore di rischio fondamentale anche per quanto riguarda la compliance ai trattamenti
4. Programmazione costruita sulla base dell'evidenza epidemiologica e sulla partecipazione dei cittadini,
5. Azioni e programmi radicati nelle comunità locali.

A partire da queste considerazioni ne consegue che i criteri fondativi per la costruzione di un programma e di un servizio di alcologia dovrebbero essere i seguenti:

A. Riconoscimento formale e legale dei Servizi di Alcologia (autonomia dai SerD): l'autonomia organizzativa di un servizio di alcologia collocato nell'ambito dei modelli organizzativi predisposti a livello locale ed armonizzati in ambito regionale, naturalmente vincolati al rispetto dei livelli essenziali di assistenza e delle relative risorse per soddisfarli in modo omogeneo ed ugualmente appropriato su tutto il territorio nazionale, è una preconditione per affrontare un insieme di problemi, quelli alcolcorrelati, la cui rilevanza epidemiologica ne fa una priorità di salute pubblica. In alcologia è necessario un modello di funzionamento i cui parametri non trovano riscontro né nelle pratiche né nello stesso committente politico che caratterizza l'attuale organizzazione dei Ser.T. In particolare, si sottolinea che:

1. L'alcol è una sostanza legale e culturalmente accettata e promossa che necessita di azioni di contenimento della pubblicità e di sensibilizzazione per un consumo critico, consapevole dei rischi, con

l'obiettivo esplicito della riduzione dei consumi e della promozione della salute e di stili di vita sobri e senza alcol.

2. L'interesse alcologico si è sempre orientato ad una visione allargata dei problemi correlati ai consumi e non solo agli stati di dipendenza, con conseguente enfasi delle funzioni di diagnosi precoce e counselling, oltre che di diagnosi, cura, trattamento e riabilitazione.

3. In campo alcologico si è sviluppato un ampio e duplice movimento rispettivamente di auto aiuto, gli Alcolisti Anonimi, e di cittadinanza attiva, le comunità multifamiliari dei Club Alcologici Territoriali. Tale movimento, soprattutto per quanto riguarda la cittadinanza attiva ha fortemente condizionato l'organizzazione del lavoro in campo alcologico in termini partecipativi. Non vi è analogo riscontro per le tossicodipendenze.

4. Il movimento alcologico da molti anni ha aderito ai programmi di promozione della salute proposti dall'OMS che ha prodotto due piani europei sull'alcol e solidi documenti scientifici ed indirizzi di politiche pubbliche per la salute che hanno creato un'omogeneità di indirizzo assente in altre aree delle dipendenze.

5. L'alcolologia, più e prima di altri ambiti legati ai consumi voluttuari ed in particolare illegali, ha posto attenzione ai consumi a rischio e alle necessarie verifiche e certificazioni che si rendono necessarie per l'idoneità a svolgere attività che richiedono una licenza.

B. Personale di alcolologia adeguatamente formato: l'alcolologia da 30 anni ha sviluppato un ampio sistema di sensibilizzazione, educazione e formazione che ha coinvolto operatori pubblici e privati, cittadini senza problemi di alcol, bevitori e no, persone direttamente coinvolte con i problemi alcolcorrelati. Si sono inoltre istituiti master e dottorati specifici in ambito universitario. La figura dell'alcolologo è sempre più consolidata sul piano della sostanza formativa, anche se non pienamente formalizzata a livello istituzionale, questo implica che per la gestione dei problemi alcolcorrelati deve essere garantita la presenza di personale specificamente formato. Non si può lasciare la gestione dei problemi alcolcorrelati ad una generica esperienza e/o anche formazione specifica nel campo delle dipendenze derivanti dal consumo di sostanze illegali. La specifica formazione alcologica del personale deve rappresentare un requisito ineludibile dell'accREDITAMENTO dei servizi pubblici e privati. È importante che l'organico del personale dei Servizi di Alcolologia sia composto, oltre che dai medici e dagli infermieri, da educatori professionali, assistenti sociali e psicologi.

C. Logistico (setting e spazi dedicati): i problemi alcol correlati riguardano fasce diversificate della popolazione, sia per fasce di età che per reddito, posizione sociale, livello culturale, posizione lavorativa. Nel complesso rappresentano uno specchio fedele della struttura della popolazione e quindi non è possibile confinare il fenomeno in un ambito logistico che concentra o una fascia di popolazione prevalentemente giovanile e/o emarginata. Il luogo deve essere differenziato e al suo interno prevedere spazi diversi per le attività certificative, di counselling e di trattamento.

D. Programmazione propria: la specificità dei problemi alcolcorrelati impone una programmazione che sia orientata alla definizione di obiettivi specifici concertati a livello territoriale con gli enti locali e, all'interno della struttura sanitaria, con i diversi ambiti specialistici che in misura diversa sono coinvolti nella gestione dei problemi alcol correlati.

E. Fondi dedicati: il fondo differenziato per l'alcologia deve riguardare sia la gestione ordinaria con conseguente definizione degli standard del personale, sia la progettualità specifica definendo che il fondo nazionale lotta alla droga, nella sua forma attualmente regionalizzata, avvalendosi del fondo sociale previsto dalla legge 328 del 2000, eventualmente integrato a livello di singole regioni, deve prevedere un'assegnazione variabile dal 40% al 60% del totale, sulla base della valutazione epidemiologica e delle priorità accertate.

F. Interventi ospedalieri specifici: si devono definire linee guida tra i servizi di alcologia ed i reparti ospedalieri, individuando un numero di posti letto di circa 15 ogni milione di abitanti, assegnando a tali posti letto la gestione di situazioni multiproblematiche acute e subacute con prevalente perdita del controllo dell'impulso. La forma organizzativa deve essere quella della comunità terapeutica collocata in ambito ospedaliero.

G. Strutture residenziali e semiresidenziali: vanno differenziate a seconda della tipologia del deficit riscontrato, ma in ogni caso le residenze non devono superare i tre mesi. La scansione temporale breve evita l'equivoco alienante della prospettiva manicomiale che la pratica della comunità terapeutica ha superato e che la legge 180 ha sancito. Ovviamente la residenza breve deve essere accompagnata da un programma di continuità assistenziale.

H. Gruppi di auto aiuto: insieme alla cittadinanza attiva rappresentano un tratto distintivo dell'alcologia e pertanto un elemento fondamentale nel processo di accreditamento. L'auspicio è che queste forme partecipative alla gestione dei problemi alcolcorrelati si trasformino in advocacy permanente che sollecita una programmazione dei servizi di alcologia coerente con la partecipazione.

5.2 I Servizi di Alcologia Territoriali

Ogni AUSL deve attivare uno o più Servizi di Alcologia territoriali che trovano una loro collocazione presso i distretti sociosanitari.

La dotazione di personale varia in relazione al numero ed alla tipologia dell'utenza. A questo proposito devono essere definiti dei criteri di ponderazione della complessità dell'utenza.

Il Servizio di Alcologia è composto da un'equipe alcolologica di comprovata competenza ed esperienza nel settore alcolologico.

Il Servizio di Alcologia è coordinato da un responsabile con specifico curriculum alcolologico ed è costituito da personale in pianta organica in modo da garantire l'attività del servizio su cinque giorni settimanali, anche su sedi diverse e può avere una valenza sovra-zonale.

Le figure professionali che vanno a comporre l'equipe alcologica sono le seguenti: medico di comprovata competenza specifica (curriculum alcologico), infermiere/assistente sanitario, assistente sociale, educatore professionale, psicologo con comprovata competenza ed esperienza specifica.

5.3 Mission dei Servizi di Alcologia Territoriali

A. Attività di promozione ed educazione alla salute

- progettazione e realizzazione di attività preventive sul territorio con la comunità in generale e con gruppi specifici di popolazione: parroci, sindaci e amministratori, altre figure significative e carismatiche della comunità, Associazioni presenti sul territorio (es. associazioni sportive, di volontariato ecc.);

- progettazione e realizzazione di incontri con operatori sociali e sanitari, dell'ASL o di altri Enti. Questi incontri si propongono di sensibilizzare e informare le figure sanitarie e sociali sui problemi alcolcorrelati, sull'esistenza e le attività del Servizio di Alcologia e del privato-sociale in materia alcologica al fine di definire anche possibili canali di collaborazione funzionali alla crescita dei programmi alcologici e quindi all'aumento del benessere di comunità.

- sensibilizzazione dei Medici di Medicina generale

- realizzazione di incontri di sensibilizzazione con i rappresentanti delle forze dell'ordine, con l'Agenzia del Lavoro, del Tribunale, delle Carceri, delle Comunità terapeutiche e di accoglienza e delle Associazioni e Cooperative del privato-sociale.

- progettazione e realizzazione di interventi nelle scuole di vario grado dalle materne alle superiori, all'università:

 - nelle scuole materne, elementari e medie i progetti dovranno sempre prevedere la formazione dei formatori e quindi essere rivolti agli insegnanti

 - nelle scuole superiori e nelle università gli interventi possono essere dedicati sia agli insegnanti, ma prevedere anche degli interventi nelle classi

- formazione di opinion leader tra pari: consci della difficoltà di far giungere e far recepire messaggi salutistici alla fascia giovanile, in particolar modo se tali messaggi provengono dal mondo degli adulti, è importante realizzare progetti per formare piccoli gruppi di giovani che possano fungere da riferimento positivo nel gruppo dei pari.

- formazione degli insegnanti e istruttori delle Scuole Guida

- interventi di formazione e sensibilizzazione nel mondo del lavoro

- interventi di formazione e sensibilizzazione nel mondo dello sport particolarmente rivolti agli allenatori delle squadre giovanili delle varie Federazioni

- realizzazione di progetti di comunità per la riduzione dei consumi come previsto dal progetto europeo dell'OMS per la riduzione dei consumi

- advocacy e stimolo presso le Amministrazioni pubbliche, attraverso la costituzione di Coordinamenti interistituzionali nell'implementazione di politiche di regolamentazione comunale, regionale e nazionale rispetto a somministrazione e vendita di bevande alcoliche

B. Attività di diagnosi, cura e riabilitazione

La filosofia ispiratrice dei Servizi di Alcologia deve essere quella di andare incontro alle famiglie con disagi dovuti al consumo di alcol e non limitarsi ad attenderle nei servizi. Tale strategia si concretizza con la realizzazione di vari interventi sulla persona e la famiglia con problemi alcolcorrelati:

- Colloquio alcolologico motivazionale che si pone come scopo principale quello di delineare la situazione e il disagio della persona e della famiglia, approfondire la motivazione al cambiamento, tracciare insieme le possibili strade risolutive percorribili, puntare all'inserimento in un programma alcolologico di cambiamento anche in collaborazione con i gruppi di auto mutuo aiuto (Club Alcologici Territoriali, Gruppi di Alcolisti Anonimi, Alanon, Alateen, Narcotici Anonimi) o, quando necessario, il ricovero in ospedale - in accordo con il medico curante - nelle situazioni in cui la situazione psico-fisica è seriamente compromessa. Nelle situazioni particolarmente complesse vengono realizzati dei successivi incontri di verifica e supporto allo scopo di verificare con la persona e la famiglia l'andamento del progetto con loro attivato e ricorrendo anche all'attivazione di un lavoro di rete che veda coinvolto, oltre al Servizio di Alcologia, altri Servizi o Associazioni del privato-sociale.
- Visite sul territorio e a domicilio: qualora non sia possibile per la persona raggiungere la sede del servizio o sia restio a farlo, è importante effettuare il colloquio direttamente a casa della famiglia interessata o in altre particolari strutture (casa circondariale, comunità di accoglienza, casa di riposo, ecc.).
- Colloqui alcolologici in ospedale: sono effettuati con persone ricoverate nei diversi reparti ospedalieri. Sarebbe importante attivare personale dei reparti perché possano loro stessi effettuare questo colloquio dopo aver seguito un percorso di formazione.
- Consulenze varie sul territorio: sono previsti incontri di consulenza, consiglio, supporto anche a livello informativo sulle procedure e sulle metodologie possibili, con altre figure professionali e della comunità. In situazioni complesse le diverse figure coinvolte si trovano a lavorare in un rapporto di équipe mirato alla realizzazione di un progetto riabilitativo il più possibile efficace e coerente ai bisogni della persona e della famiglia.
- Consulenze per la Commissione Patenti: collaborare con la Commissione Provinciale Patenti per attivare consulenze ed eventuali percorsi specifici (informativi per tutti, riabilitativi per le persone con problemi alcol correlati).
- Contatti e collaborazioni con le Associazioni private: pur nella chiarezza delle diverse competenze del servizio pubblico (Servizi di Alcologia) e delle associazioni del privato sociale (Club Alcologici Territoriali e gruppi dei 12 Passi) è fondamentale la massima collaborazione, scambio e confronto fra queste realtà.
- Realizzazione di corsi di disassuefazione dal fumo: se nessun'altra realtà del pubblico si occupa di tale problema, è importante, vista l'importanza epidemiologica nella morbilità e mortalità, che i Servizi di Alcologia organizzino anche i corsi per smettere di fumare, anche in collaborazione con associazione del privato sociale.

C. Lavoro di rete

Nelle attività di prevenzione e di trattamento è imprescindibile per i Servizi di Alcologia l'attivazione del lavoro di rete sia con le altre agenzie del pubblico sia del privato.

È indispensabile la collaborazione con i Dipartimenti delle Dipendenze e con i Dipartimenti di prevenzione.

D. Monitoraggio del fenomeno, programmazione, ricerca e verifica, altre attività

I Servizi di Alcologia tengono un'informatizzazione dei dati relativi alle principali attività al fine di poterne misurare e confrontare l'efficacia nel tempo.

Questa attività comprende, oltre alla raccolta di informazioni sulle persone e famiglie prese in carico dal Servizio di Alcologia, l'identificazione dei bisogni, la preparazione di programmi di promozione e protezione della salute, il monitoraggio dei problemi legati all'uso di alcol, la verifica degli interventi di sensibilizzazione, informazione e regolamentazione implementati sul territorio, la verifica sull'adesione e l'efficacia dei programmi alcolologici e di disassuefazione da fumo, le indagini per il miglioramento della preparazione degli stessi operatori e della qualità del servizio e la preparazione di materiale didattico e di pubblicazione.

È importante monitorare tutte le fasce della popolazione ed individuare quelle fasce sulle quali indirizzare interventi di diagnosi precoce, in quanto di volta in volta, al cambiare della cultura e delle pressioni commerciali si votano al consumo e divengono a rischio.

5.4 Servizio di Riferimento per le Attività Alcolologiche

In ogni regione deve essere istituito/implementato/valorizzato almeno un Centro o Agenzia alcolologica regionale che si occupi di coordinare le attività di prevenzione e promozione della salute e coordini le attività dei vari Servizi di Alcologia.

Il Servizio riferimento per le attività alcolologiche assolve una funzione regionale di riferimento in merito ai problemi alcolcorrelati, per gli interventi di formazione, prevenzione, documentazione, monitoraggio e ricerca, anche in campo epidemiologico. Collabora con i Servizi di Alcologia della zona a cui afferisce garantendo l'omogeneità dell'approccio e l'uniformità territoriale delle attività di prevenzione e di promozione della salute mantenendo le collaborazioni attive con le associazioni dei gruppi di auto mutuo aiuto.

5.5 Modulo ospedaliero di alcologia

È prevista altresì l'individuazione di posti letti ospedalieri per le persone con problemi alcol correlati complessi che richiedono interventi specifici, intensivi e multidisciplinari e multiprofessionali. Il modulo potrà essere inserito, secondo le esigenze delle varie regioni, in medicina, neurologia, ecc. Il personale del Servizio di Alcologia territoriale si collegherà funzionalmente con il personale del modulo ospedaliero

e garantirà, con l'aiuto delle Associazioni del volontariato il collegamento per il futuro trattamento a lungo termine.

5.6 Strutture residenziali o semiresidenziali

In rapporto alle esigenze delle varie regioni possono essere istituiti servizi residenziali e semiresidenziali per il trattamento delle persone con problemi alcolcorrelati secondo l'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999.

Le strutture residenziali e semiresidenziali hanno lo scopo di dare un valido supporto alle persone con problemi particolarmente complessi non risolvibili con il solo percorso territoriale. Le strutture si coordinano con i Servizi di Alcologia per un migliore inquadramento diagnostico e per la programmazione del successivo trattamento sul territorio.

Le strutture devono essere coordinate da un responsabile con specifico curriculum alcolologico.

Le figure professionali che possono operare nelle strutture residenziali e semiresidenziali sono le seguenti: medico di comprovata competenza specifica (curriculum alcolologico), psicologo, infermiere professionale, educatore professionale, assistente sociale con una comprovata competenza ed esperienza specifica.

5.7. Gruppi di auto mutuo aiuto

La rete territoriale delle associazioni che si occupano di problemi alcolcorrelati (Club degli Alcolisti in Trattamento e Alcolisti Anonimi, o altre a carattere locale) svolge un ruolo essenziale nel trattamento delle persone e famiglie con problemi di alcol. La possibilità di "appoggiare" a questi gruppi molte delle persone con problemi alcolcorrelati, almeno le situazioni meno complesse, contribuisce a ridurre il numero di soggetti in carico permanente ai Servizi di Alcologia e di conseguenza di limitare in modo cospicuo le spese per il SSN. I Servizi di Alcologia debbono quindi instaurare delle collaborazioni strette con tali Associazioni.

Bibliografia

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development (2020). Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf; ultima consultazione 24.02.2022.
2. World Health Organization, Regional Office for Europe. Fact Sheet on Alcohol Consumption, Alcohol-Attributable Harm and Alcohol Policy Responses in European Union Member States, Norway and Switzerland (2018). Copenhagen: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/386577/fs-alcohol-eng.pdf ; ultima consultazione 07.02.2022.
3. World Health Organization. Targets of Sustainable Development Goal 3 (2020). Geneva: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/sustainable-development-goals/sustainable-development-goals-sdgs/targets-of-sustainable-development-goal-3> ; ultima consultazione 23.02.2022.
4. World Health Organization. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità. Roma: Ministero della Sanità; 2001. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1929_allegato.pdf ; ultima consultazione 23.02.2022.
5. Rehm J, Imtiaz S. A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2016;11:37.
6. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OS, Imtiaz S, Popova S et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction* 2017;112(6):968-1001.
7. Baan R, et al. Policy watch, carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3.
8. Stewart BW, Wild CP, ed. *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.
9. GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017;390(10100):1345-422.
10. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>; ultima consultazione 24.05.2022.

11. World Health Organization. Regional Office for Europe. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Geneva: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019> ; ultima consultazione 24.02.2022.
12. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Policy brief: tackling harmful alcohol use. Paris: OECD Publishing; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Policy-Brief-Tackling-harmful-alcohol-use.pdf>; ultima consultazione 24.05.2022.
13. United Nation. Department of Economic and Social Affairs. The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York, NY: United Nations; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>; ultima consultazione 24.02.2022.
14. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer S, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386(10010):2287-323.
15. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73.
16. Anderson P. Alcohol and the workplace. In: Anderson P, Møller L, Galea G (Ed.). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO-Regional Office in Europe; 2012. p. 69-82
17. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 125, 30 marzo 2001.
18. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2022*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/1)
19. Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. *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"*. Roma: Ministero della Salute; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3059_allegato.pdf; ultima consultazione 23.05.2022.

20. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie generale - n. 109, 12 maggio 2017.
21. Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2020-2022. Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sistan.it/index.php?id=592> ultima consultazione 24.02.2022.
22. Istituto Nazionale di Statistica. Il consumo di alcol in Italia – Periodo di riferimento anno 2019. Tavole di dati. Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/244222> ; ultima consultazione 23.02.2022.
23. 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. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2016. Disponibile all'indirizzo: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item30909/WP5_Good_practice_principles_low_risk_drinking_guidelines.pdf ; ultima consultazione 23.02.2022.
24. 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; 2014/2016. https://www.rarha.eu/Resources/Guidelines/Documents/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf ; ultima consultazione 23.02.2022.
25. Montonen M. RARHA Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1> ; ultima consultazione 23.02.2022.
26. Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Peperai 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); 2020. p. 979-1086.
27. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione. Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018. Roma. Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione (CREA); 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.crea.gov.it/documents/59764/0/Dossier+Scientifico+Linee+Guida+2018.pdf/58_910724-956c-d5de-9ee6-8b271835e206?t=1587466323780; ultima consultazione 23.05.2022.
28. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Matone A, Scipione R. Consumo di alcol. In: Rapporto Osservasalute 2020. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2021. Disponibile all'indirizzo

<https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2020>;
consultazione 23.02.2022.

ultima

29. Italia. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale,, n. 263 del 10 novembre 2012 - Serie generale
30. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. I danni legati al consumo di alcol in gravidanza: il progetto europeo FAR SEAS e il contributo dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS per la prevenzione della sindrome fetoalcolica. *Alcologia*, 2022; 48:18-24
31. Colak B. , Etiler N. , Bicer U. Fatal Occupational Injuries in the Construction Sector in Kocaeli, Turkey, 1990-2001. *Ind. Health*, 2004; 42 (4): 424-430
32. Bake S.P., MPH; Samkoff J.S., ScM; Fisher R.S., MD; et al. Fatal Occupational Injuries. *Giama* 1982;248:692-697
33. Mustard C. ScD, Cole C. MD, MSc, Shannon H. PhD, et al. Declining Trends in Work-Related Morbidity and Disability, 1993–1998: A Comparison of Survey Estimates and Compensation Insurance Claims. *American Journal of Public Health* 93, 2003; 8: 1283-1286. doi.org/10.2105/AJPH.93.8.1283
34. Kurachek S. C., Titus S.L., Olesen M. Medical Examiners' Attitudes Toward Organ Procurement from Child Abuse/Homicide Victims. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 1995; 16(1):1-10
35. Mc Kinley W. , Mc Namee S., Meade M., Kandra K., Nicole Abdul. Incidence, Etiology, and Risk Factors for Fever Following Acute Spinal Cord Injury: *Journal of Spinal Cord Medicine*, 2006;29: 501-506

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.

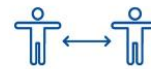
Alcohol: what to do, and what not to do, during the COVID-19 pandemic



- 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.

¹ Food 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).

² How 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.



© World Health Organization 2020

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.

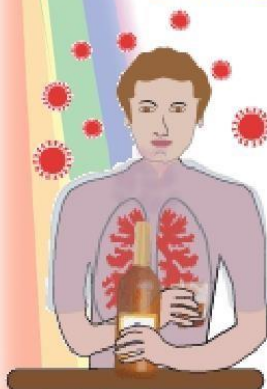
A cura del Gruppo ISS "Comunicazione Nuovo Coronavirus"
Fonte ISS • 11 marzo 2020



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

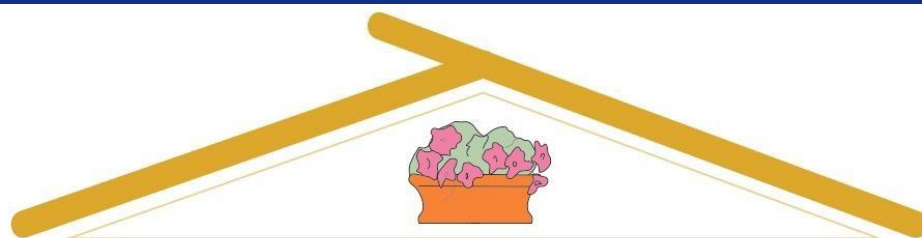
È evidenza da tempo consolidata dalla revisione sistematica della letteratura scientifica che il consumo di bevande alcoliche pregiudica il sistema immunitario e la risposta anticorpale, esponendo i consumatori a una maggiore vulnerabilità alle infezioni virali, soprattutto da virus respiratori e polmonari, 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



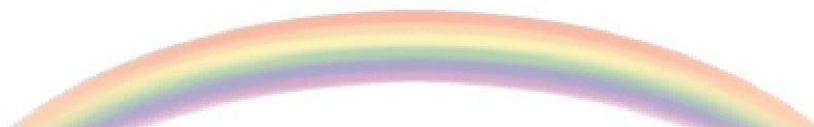
L'organismo femminile, rispetto a quello maschile, è più vulnerabile agli effetti negativi dell'alcol. Per questo motivo, a parità di quantità di bevande alcoliche consumate, le donne sperimentano maggiori effetti negativi del bere, assorbendo rapidamente ed eliminando più lentamente gli alcolici. Ciò 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

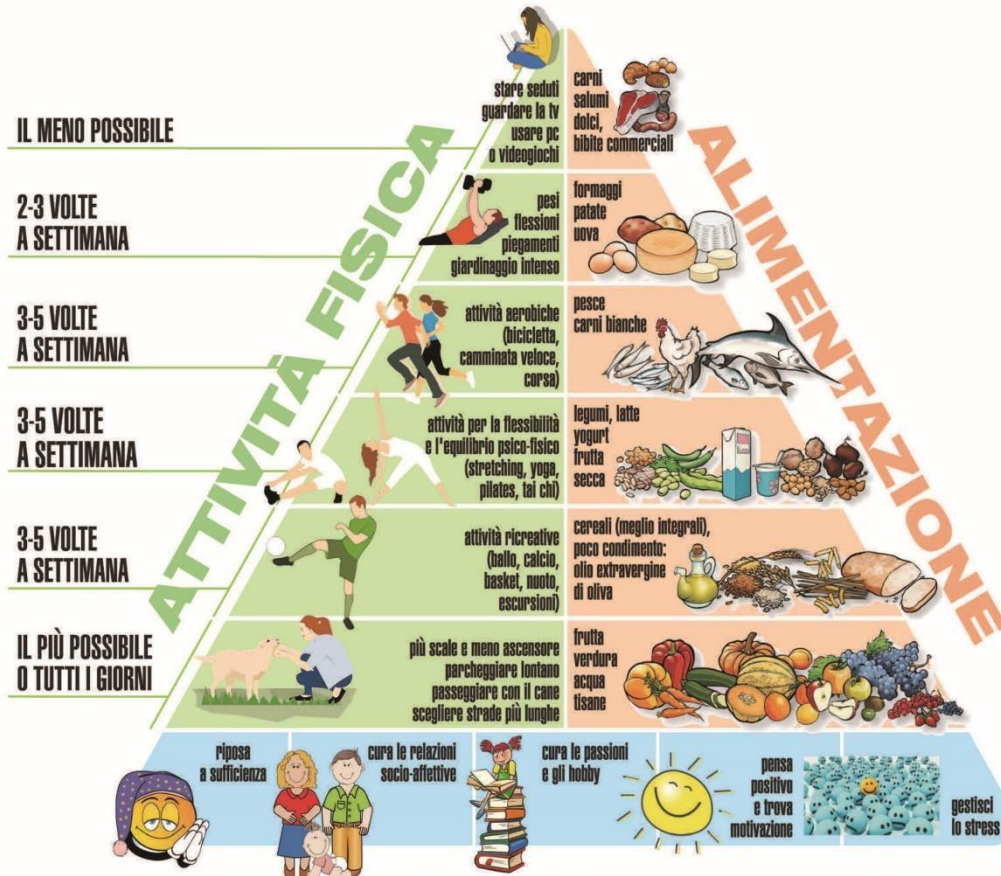
L'abuso di alcol può portare a gesti irrazionali in un momento in cui è necessario mantenere adeguati livelli di controllo e vigilanza. Bere secondo modalità inebrianti o intossicanti può portare a trasgredire alle norme di distanziamento sociale richieste per fronteggiare la situazione emergenziale 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
Ospedaliero
Universitaria
Careggi**



i/WHP/01-B marzo 2019





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.

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.

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.

STOP AI PACCHETTI DA 10

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

NO MOZZICONI A TERRA

Vietato gettare mozziconi ed altri piccoli rifiuti a terra.

1



Ridurre il fumo passivo

2



Rendere meno allettante fumare

3



Scoraggiare la vendita

4



Scoraggiare l'acquisto

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/>